



Пациент \_\_\_\_\_ ( фамилия, инициалы) Возраст \_\_\_\_\_

Дата снятия оттисков/сканирования \_\_\_/\_\_\_/2026 г. Дата очередного приема пациента \_\_\_/\_\_\_/2026 г.

Заполняется в лаборатории

№ Счета \_\_\_\_\_ Код работ \_\_\_\_\_

**Выберите на какую челюсть изготавливать ретейнер(ы)**

Обе  ВЧ  НЧ

**Загрузка сканов**

Будут отправлены физические слепки

Загрузка 3D файлов

Вставить ссылку для скачивания архива в облаке

**Толщина ретейнера(ов)**

0,8 мм  1 мм

**Укажите границы ретейнера(ов)**

На ВЧ \_\_\_\_\_ На НЧ \_\_\_\_\_

**Выберите вариант обрезки ретейнера(ов)**



Дополнительная информация:

Врач \_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы)

Плательщик \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Организация \_\_\_\_\_

Адрес доставки работы \_\_\_\_\_ (указать название клиники и адрес)

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (расшифровка)

E-mail \_\_\_\_\_



1. Почтовый адрес для отправки материалов по заказу: 107023, г. Москва, ул. Буженинова, д. 30, стр. 3, ООО «Фортекс-Т»
2. Телефон: +7 (495) 955-92-29, +7 (903) 270-32-23
3. Эл. почта: lab@pumpagroup.ru