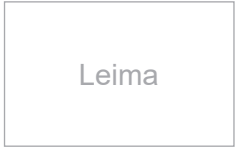
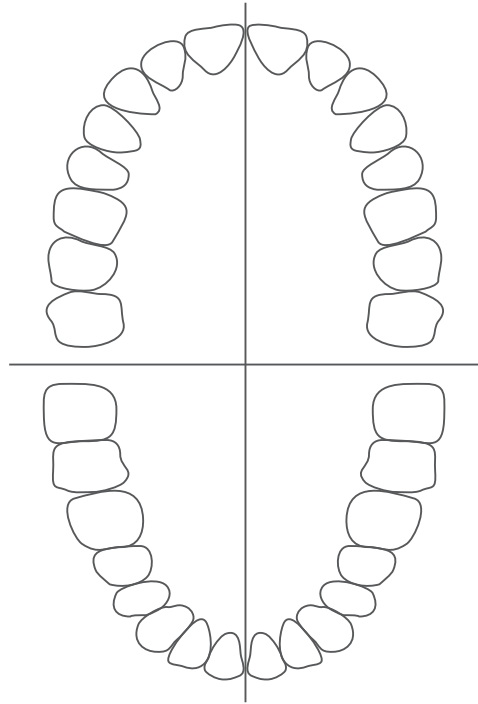
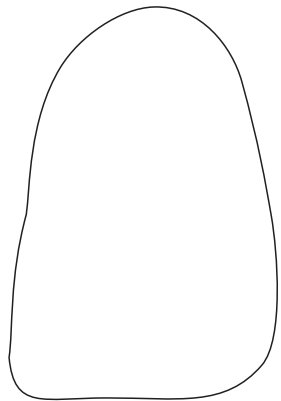


TYÖTILAUS

PVM / 20



Leima

Lääkäri _____

Lääkäriasema _____

Potilas _____ Synt.aika _____

Potilaan osoite _____

Postinumero _____ Toimipaikka _____

Työkuvaus _____

Hampaiden väri _____

Vaihe 1 _____ PVM / 20

Vaihe 2 _____ PVM / 20

Vaihe 3 _____ PVM / 20

Vaihe 4 _____ PVM / 20

Vaihe 5 _____ PVM / 20

VALMIS _____ PVM / 20

Täkiä _____

Lisätiedot _____
