

INDIVIDUELLE FORM- UND FARBBESTIMMUNG

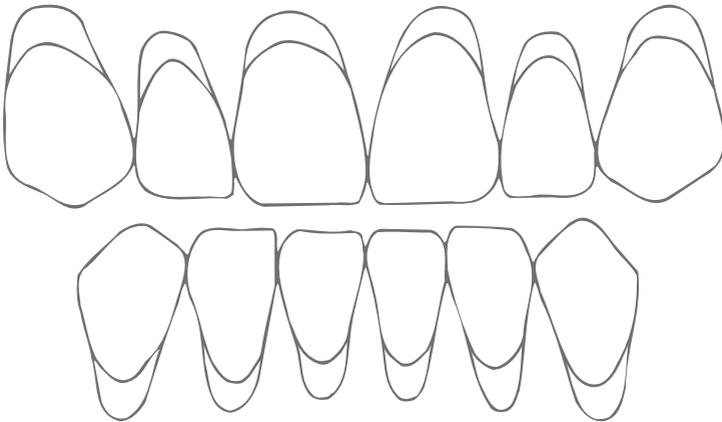
Zahnarzt: _____

Patient/in: _____ Alter: _____

Farbe: _____ System: _____

Oberfläche: _____

Sonstiges: _____



Farbbestimmung durch: _____ Datum: _____