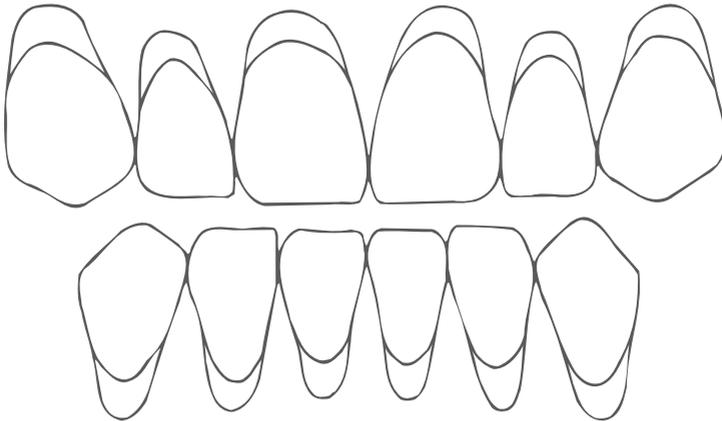


INDIVIDUELLE FORM- UND FARBBESTIMMUNG

Zahnarzt: _____ Farbe / System: _____ / _____

Patient: _____ Alter: _____ Oberfläche: _____



Farbbestimmung durch: _____ Datum: _____

Notizen:
