

KVALITETSKONTROLL



Tandläkare / Klinik

Patient

Rekvissions nr

Datum

MK E-MAX ZIRCONIUM PARTPROTES IMPLANTAT ÖVRIGT

LEVERANS

<input type="radio"/> Före utsatt tid
<input type="radio"/> På utsatt tid
<input type="radio"/> Efter utsatt tid
<input type="radio"/> Övrigt.

ESTETIK

<input type="radio"/> Mycket bra
<input type="radio"/> Bra
<input type="radio"/> Ej godkänd
<input type="radio"/> Övrigt.

FÄRG

<input type="radio"/> Mycket bra
<input type="radio"/> Bra
<input type="radio"/> Ej godkänd
<input type="radio"/> Övrigt.

PASSFORM

<input type="radio"/> Mycket bra
<input type="radio"/> Bra
<input type="radio"/> Ej godkänd
<input type="radio"/> Övrigt.

OCKLUSION

<input type="radio"/> Mycket bra
<input type="radio"/> Bra
<input type="radio"/> Ej godkänd
<input type="radio"/> Övrigt.

SPOLRUM

<input type="radio"/> Mycket bra
<input type="radio"/> Bra
<input type="radio"/> Ej godkänd
<input type="radio"/> Övrigt.

KONTAKTER

<input type="radio"/> Mycket bra
<input type="radio"/> Bra
<input type="radio"/> För hårda
<input type="radio"/> För lösa
<input type="radio"/> Övrigt.

TOTALT OMDÖMME

<input type="radio"/> Mycket bra
<input type="radio"/> Bra
<input type="radio"/> Ej godkänd
<input type="radio"/> Övrigt.

Vänligen hjälp oss att fylla i detta dokument så ofta som ni har möjlighet. Vi använder detta dokument till att mäta kvaliteten. Om vi ser avvikelser som inte anses ligga inom våra normer har vi möjlighet att rätta till detta.

Tack på förhand ! **TEETH R US**

Övriga kommentarer
