

Kvalitetskontrol



Klinik / Tandlæge

Patient

Rekvisitions nr

Dato

MK E-MAX ZIRCONIUM PROTESE IMPLANTAT ØVRIGT

LEVERANCE

<input type="radio"/> Før planlagt tid
<input type="radio"/> Til tiden
<input type="radio"/> Efter planlagt tid
<input type="radio"/> Øvrigt

ÆSTETIK

<input type="radio"/> Meget god
<input type="radio"/> God
<input type="radio"/> Ikke godkendt
<input type="radio"/> Øvrigt

FARVE

<input type="radio"/> Meget god
<input type="radio"/> God
<input type="radio"/> Ikke godkendt
<input type="radio"/> Øvrigt

PASFORM

<input type="radio"/> Meget god
<input type="radio"/> God
<input type="radio"/> Ikke godkendt
<input type="radio"/> Øvrigt

OKKLUSION

<input type="radio"/> Meget god
<input type="radio"/> God
<input type="radio"/> Ikke godkendt
<input type="radio"/> Øvrigt

APROXIMAL RUM

<input type="radio"/> Meget god
<input type="radio"/> God
<input type="radio"/> Ikke godkendt
<input type="radio"/> Øvrigt

KONTAKTER

<input type="radio"/> Meget god
<input type="radio"/> God
<input type="radio"/> For hårde
<input type="radio"/> For løse
<input type="radio"/> Øvrigt

GENNEREL BEDØMMELSE

<input type="radio"/> Meget god
<input type="radio"/> God
<input type="radio"/> Ikke godkendt
<input type="radio"/> Øvrigt

Hjælp os til at blive bedre ved at udfylde dette dokument, så ofte som muligt. Vi anvender dette til, at måle vores kvalitet. Såfremt vi ser afvigelser, som ikke ligger indenfor vore normer, så har vi mulighed for at rette dette.

På forhånd tak!



Øvrige kommentarer
