

Relatório de impressão 3D

para fluxos de trabalho digitais validados da DMG



Detalhes do pedido

Clínica odontológica Laboratório

Nome da clínica odontológica/laboratório _____

Número do pedido _____

Rua _____

ID do paciente _____

Cidade/
CEP _____

Data de impressão _____

Telefone _____

Pessoa responsável _____

Dispositivos usados NS _____ NS _____ NS _____	<input type="checkbox"/> Outro, indique _____ _____ NS _____
Manutenção/calibração Data da última calibração do sensor ACCS _____ Data da última calibração da impressora _____ Data da última manutenção dos dispositivos listados acima _____	
Material usado <input type="checkbox"/> da DMG _____ Número do LOTE _____	<input type="checkbox"/> Outro _____ _____ Número do LOTE _____

O objeto impresso criado para o ID do paciente acima foi produzido utilizando os dispositivos e materiais listados acima. A sequência e os parâmetros especificados para o material citado foram totalmente cumpridos de acordo com o fluxo de trabalho validado pela DMG e conforme as recomendações da DMG.

Data

Assinatura

┌

Carimbo opcional

└