



Lab name: _____

Address: _____

Phone: _____ Contact: _____

Credit Card _____ expiry _____

UPPER ANTERIOR

	A1	A2	A3	A4	B1												
13																	
25																	
35																	
36																	
56																	
57																	
66																	
76																	
77																	
78																	
85																	
88																	
98																	
99																	

LOWER ANTERIOR TOTAL 0

	A1	A2	A3	A4	B1												
13																	
25																	
35																	
36																	
56																	
57																	
66																	
76																	
77																	
78																	
85																	
88																	
98																	
99																	

TOTAL 0

	A1	A2	A3	A4	B1												
11S U																	
11S L																	
12S U																	
12S L																	
13S U																	
13S L																	
41S U																	
41S L																	
44S U																	
44S L																	
45S U																	
45S L																	

TOTAL 0