



# Burbank

Dental Laboratory Inc.

2101 Floyd St

Burbank, CA 91504

800-336-3053

Fax: 818-841-8643

## Removable Prescription

Dental Professional: \_\_\_\_\_ License # \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_

Male  Female Age \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Photos

\_\_\_\_\_ Pre-extraction casts

\_\_\_\_\_ Existing denture duplication

### Papillameter



High Lip Line \_\_\_\_\_ mm

Low Lip Line \_\_\_\_\_ mm

### Denture Tooth Selection

#### (A-D Shades)

##### Anterior

<sup>SR</sup>PHONARES<sup>®</sup>NHC  
<sup>SR</sup>BlueLine<sup>®</sup>DCL

##### Posterior

<sup>SR</sup>PHONARES<sup>®</sup>Typ 22°  
<sup>SR</sup>PHONARES<sup>®</sup>Lingual 15°  
<sup>SR</sup>Orthoplane<sup>®</sup>DCL 0°  
<sup>SR</sup>Ortholingual<sup>®</sup>DCL 15°  
<sup>SR</sup>Orthotyp<sup>®</sup>DCL 22°  
<sup>SR</sup>Postaris 33°

#### Vivodent<sup>®</sup>PE Shades

##### Anterior

<sup>SR</sup>Vivodent<sup>®</sup>PE  
Vivoperl<sup>™</sup>PE

##### Posterior

<sup>SR</sup>Orthotyp<sup>®</sup>PE 22°  
<sup>SR</sup>Orthosit<sup>®</sup>PE 22°  
Vivoperl<sup>™</sup> Orthotyp 22°

#### Chromoscop<sup>®</sup> Shades

##### Anterior

<sup>SR</sup>Vivodent<sup>®</sup> DCL  
<sup>SR</sup>Vivodent<sup>®</sup>

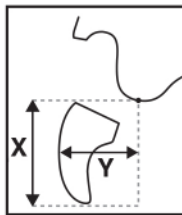
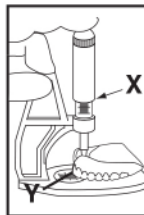
##### Posterior

<sup>SR</sup>Orthoplane<sup>®</sup>DCL \*0°  
<sup>SR</sup>Ortholingual<sup>®</sup>DCL \*15°  
<sup>SR</sup>Orthotyp<sup>®</sup> 22°  
<sup>SR</sup>Postaris<sup>®</sup> 33°

Anterior Mould: Upper \_\_\_\_\_ Lower \_\_\_\_\_ Shade \_\_\_\_\_

Posterior Mould: Upper \_\_\_\_\_ Lower \_\_\_\_\_ Shade \_\_\_\_\_

### Denture Gauge



Y = \_\_\_\_\_ mm

X = \_\_\_\_\_ mm

### Denture Base

- <sup>SR</sup>Ivocap<sup>®</sup> Injection  
 ProBase<sup>®</sup>  
 Conventional

**Shade** (circle one)

US-P US-D US-L

Preference Implant Preference

Instructions \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_