

Prescrizione dispositivo medico su misura con allineatori

Data _____ Inviare preventivo alla seguente mail _____

Paziente _____ Età _____ Sesso _____

Correggere tutta l'arcata superiore inferiore
 Correggere l'arcata da canino a canino superiore inferiore
 Set Up diagnostico (arcata) superiore inferiore

Mediana:

Arcata Superiore Sposta 1 mm 2 mm Destra Paziente Sinistra Paziente
 Arcata Inferiore Sposta 1 mm 2 mm Destra Paziente Sinistra Paziente

Overjet: Riduci Aumenta
 Overbite: Apri morso Chiudi Morso
 Tipologia Facciale: Brachifacciale Mesofacciale Dolicofacciale

Classe scheletrica: I Classe II Classe III Classe
 Dimensione Verticale: Open bite Normo Deep Bite
 Branca montante: Retrusa Normo Avanzata

Note

Non spostare questi denti: _____ → 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Non montare attacchi su questi denti: _____ → 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Diastemi ⇨ Chiudere Spazi _____ → 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

⇨ Lasciare Spazi _____ → 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Applicare attachment: _____ → Si No _____ → 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Possibilità di effettuare stripping: Si No _____ → 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Presenza di elementi protesici: Si No _____ → 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Presenza impianti: _____ → Si No _____ → 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Allergia a materiali plastici Si No Se si specificare quali : _____

Data consegna pacchetto preventivo _____

Data consegna allineatori _____ **Firma Dentista** _____

NOTE: _____

