

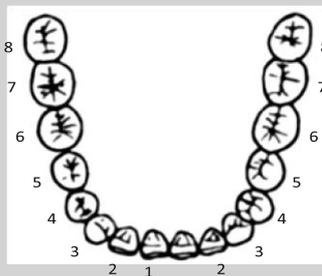
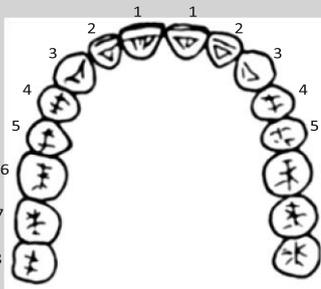
Medico (nome, cognome)		Studio		
Indirizzo	Città	Provincia	Stato	
E-mail	Telefono	Cellulare		
Paziente (nome, cognome)	Età	Sesso	Agente	

RIEMPIRE ATTENTAMENTE IL MODULO INDICANDO GLI OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO

MATERIALI INVIATI

IMPRONTE SUPERIORE INFERIORE DISINFETTANTE REG. OCCLUSALE SUP. INF. RX

ELEMENTI DA SPOSTARE



INDICAZIONI GENERALI

ARCATE DA TRATTARE SUPERIORE INFERIORE

OVERBITE MANTENERE MIGLIORARE DEEP BITE **OVERJET** MANTENERE PER MIGLIORARE potrebbe essere necessario IPR

ELEMENTI DA NON SPOSTARE

CASI CON AFFOLLAMENTI

	ARCATA SUPERIORE		ARCATA INFERIORE		INDICAZIONI GENERALI
ESPANSIONE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
IPR	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
PROINCLINAZIONE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	

CASI CON CHIUSURA DIASTEMI

	ARCATA SUPERIORE	ARCATA INFERIORE
CHIUSURA DI TUTTI GLI SPAZI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LASCIARE SPAZIO	<input type="checkbox"/> indicare	<input type="checkbox"/> indicare

LINEA MEDIANA

	ARCATA SUPERIORE	ARCATA INFERIORE
NON VARIARE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPOSTARE	<input type="checkbox"/> indicare	<input type="checkbox"/> indicare

FIRMA CLINICO _____ DATA _____ CONSEGNA _____