

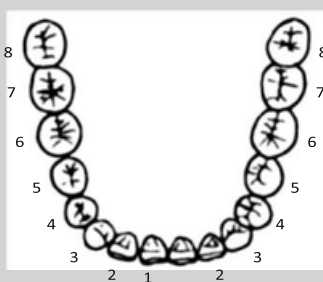
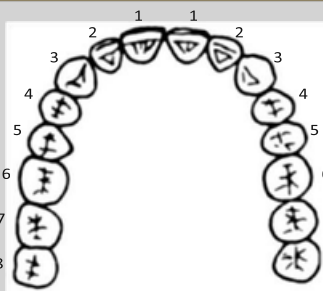
Medico (nome, cognome)		Studio	
Indirizzo	Città	Provincia	Stato
E-mail	Telefono	Cellulare	
Paziente (nome, cognome)	Età	Sesso	Agente

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	☐ SÌ	☐ NO	☐ SÌ	☐ NO	
IPR	☐ SÌ	☐ NO	☐ SÌ	☐ NO	
PROINCLINAZIONE	☐ SÌ	☐ NO	☐ SÌ	☐ NO	

CASI CON CHIUSURA DIASTEMI

	ARCATA SUPERIORE	ARCATA INFERIORE
CHIUSURA DI TUTTI GLI SPAZI	☐	☐
LASCIARE SPAZIO	☐ indicare	☐ indicare

LINEA MEDIANA

	ARCATA SUPERIORE	ARCATA INFERIORE
NON VARIARE	☐	☐
SPOSTARE	☐ indicare	☐ indicare

FIRMA CLINICO	DATA	CONSEGNA
---------------	------	----------