Prescrizione per Set-up Ortodontico

Nome Cliente: _____

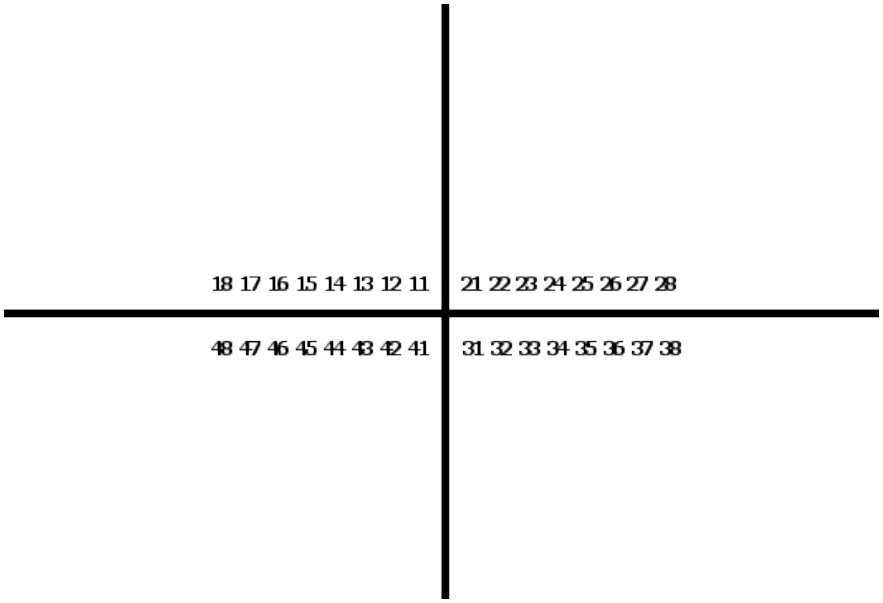
LABORATORIO ODONTOIATRA

Nome Paziente: _____ **Data di nascita paziente** _____

Impronta Modello **e-mail**: _____

Denti da trattare

Segnare i denti da trattare con **O** *e i denti mancanti con* **X**



Piano di trattamento:

_____

_____

_____

Data Consegna richiesta*: _____

Firma: _____

(*) Per lo sviluppo del set-up ortodontico sono richiesti 3 giorni lavorativi. Terminato lo sviluppo del piano di trattamento, viene inviata una e-mail con un video-viewer, per la visualizzazione degli step del caso e un report. Se il caso viene accettato sono necessari 2/3 giorni lavorativi per lo sviluppo dei modelli prototipati e altri 3 giorni per la realizzazione degli allineatori dentali.

SolOrtodonzia di Fabio Carta

Via IV Novembre,92 20021 Bollate (MI) Tel 0239313209
Iscr.Reg. Imprese 275994 REA 1327243
P. I.V.A. 09943950157 Cod.Fiscale CRFFBA66T61G940H
Iscr. Min.Sanità ITCA 01013473