Modulo Prescrizione i-liner by Eccellenze Dentali

Cliente : _____ **n° Iscrizione Albo:** _____

Data : ____ / ____ / _____ **Nome Paziente:** _____

Anamnesi Ortodontica

◯ Affollamento ◯ Spaziatura ◯ Classe II ◯ Classe III ◯ Morso Aperto

◯ Morso Profondo ◯ Morso Crociato Anteriore ◯ Morso Crociato Posteriore ◯ Arcata Stretta

◯ Denti Vestibolarizzati ◯ Overjet

Caratteristiche del Caso

Numero di Allineatori: In base al Set-Up

Consegna Impronte:

◯ File in formato STL ◯ Silicone

Arcate da trattare:

◯ Entrambe ◯ Solo Superiore ◯ Solo Inferiore

Materiale fotografico da inviare: 5 Foto Intraorali – 3 Foto Paziente

Materiale radiografico (se disponibile): CBCT – Ortopanoramica e/o Telecranio (LL)

Indicazioni sugli spostamenti: ◯ Nessuno ◯ Solo Movimenti da 3-3 ◯ Solo Movimenti da 5-5

Contenzioni da inviare con il caso (1 SET incluso)**:**

◯ 1 SET Addizionale (non incluso) ◯ 2 SET Addizionali (non inclusi)

Lunghezza degli Allineatori: Anteriormente al Colletto - Posteriormente Taglio Dritto al Colletto se possibile

Forma dell'Arcata

Linea Mediana:

◯ Ottimizzare ◯ Mantenere

lato paziente:

◯ Modificare solo la Superiore verso: ◯ Destra ◯ Sinistra

◯ Modificare solo l' Inferiore verso: ◯ Destra ◯ Sinistra

Linea del Sorriso: Raccomandata del Team

Opzione Risoluzione Affollamento

Mediante Proindinazione:	◯ No	◯ Raccomandato dal Team	◯ Prioritariamente
Espansione Posteriori:	◯ No	◯ Raccomandato dal Team	◯ Prioritariamente
IPR:	◯ No	◯ Raccomandato dal Team	◯ Prioritariamente

Modulo Prescrizione i-liner

Relazione Sagittale

OverJet

◯ Ottimizzare con IPR

Relazione Verticale

OverBite

Ottimizzare:
◯ Intrusione solo Anteriori
◯ Intrusione Anteriori + Estrusione Posteriori

Relazione Trasversale

CrossBite

Correggere:
◯ Si
◯ No

Specifiche del Trattamento

Prescrizione IPR: ◯ Nessun IPR ◯ Raccomandata del Team ◯ Fare l'IPR tutto insieme

Quando Eseguirlo:

◯ Se necessario prima del 1° Allineatore
◯ Se necessario al 2° Allineatore
◯ Quando i punti di contatto sono accessibili

Dove Eseguirlo:

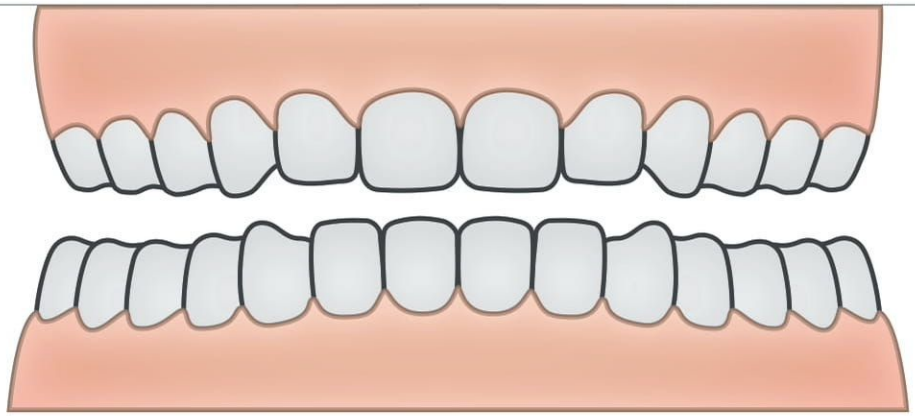
◯ Fare IPR sugli Anteriori se necessario
◯ Fare IPR sugli Anteriori e sui Posteriori

Attachments:

◯ Raccomandati del Team
◯ Nessun Attachment

Indicare la presenza di Corone, Impianti, Ponti e Denti Devitalizzati:

DESTRA



SINISTRA

Indicare le istruzioni posizionando la relativa lettera sul dente di riferimento:

A Nessun Movimento
B Movimento in Gruppo
C Nessun IPR
D Estrazione
E Corone
F Impianti
G Ponti
H Devitalizzazioni

Note Dottore

Ed. 04/2021
SIA ORTHODONTIC MANUFACTURER
SIA Orthodontic Manufacturer srl, 81050, Rocca d'Evandro, Caserta, Italy

distribuito da:
ECCELLENZE DENTALI
Emiliano Rinaldi
The Orthodontic & Implant specialist
3332697987 info@eccellenze-dentali.com
www.eccellenzedentali.com