

Nome del Medico \_\_\_\_\_ Studio \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Indirizzo E-mail \_\_\_\_\_

Nome del Paziente \_\_\_\_\_ Et  \_\_\_\_\_ Sesso M F

### A. MODALITA DI TRATTAMENTO

Selezionare il tipo di trattamento

- Dentatura cosmetica parziale mobile
- Miglioramento estetico
- Restauro provvisorio post-impianto
- Aumento della dimensione verticale

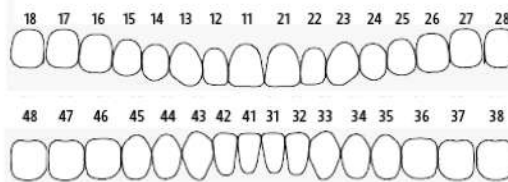
### B. MODALITA DI TRATTAMENTO

OBBLIGATORIO - Riempire i campi necessari

- 1a. Arcata Superiore:  Arcata Completa  Quadrante (Fino a 5 elementi)
- 1b. Dal dente \_\_\_\_\_ Al \_\_\_\_\_
- 2a. Arcata Inferiore:  Arcata Completa  Quadrante (Fino a 5 elementi)
- 2b. Dal dente \_\_\_\_\_ Al \_\_\_\_\_
- 3. Indicare gli elementi da estrarre \_\_\_\_\_
- 4. Indicare gli elementi su cui devono essere effettuati i ponti \_\_\_\_\_
- 5. Aumento margini gengivali sugli elementi  
\_\_\_\_\_ mm
- 6. Aumento lunghezza bordo incisale  
\_\_\_\_\_ mm
- 7. Aumento dimensione verticale (Di default quando viene richiesto un aumento della dimensione verticale la parte occlusale sar  completamente coperta)
  - a. Aumento posteriore \_\_\_\_\_ mm
  - b. Aumento anteriore \_\_\_\_\_ mm
- 8. Fori Occlusali (Lasciano aperta la superficie occlusale per mantenere invariata la dimensione verticale)
  - Superiore  Inferiore  Entrambe  Nessuna

### C. DISEGNO DEL CASO

Si prega di usare lo schema sottostante per il disegno del caso, l'estrazione da effettuare e i ponti.

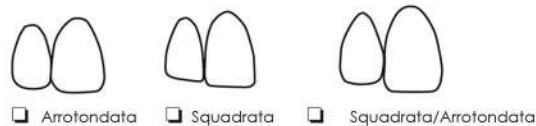


#### CARATTERIZZAZIONE

Snap-On Smile € 50 ad arcata  Superiore  Inferiore  
Snap-It € 30

### D. FORMA

Incisivi



canini



### E. DISEGNO DEL PONTE



Firma del dottore \_\_\_\_\_  
Iscrizione Albo \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

### F. ISTRUZIONI SPECIFICHE

Si prega di fornire istruzioni dettagliate nell'apposito riquadro al fine di ottenere un miglior risultato estetico.

### G. COLORAZIONI DISPONIBILI

Scala Snap on Smile Shade Guide

S1  S2  S4  S5  S6  S7  S9  S13  S17  
(OM1) (OM2) (A1) (A2) (A3) (A3,5) (B1) (C1) (D2)

### H. MATERIALE DA FORNIRE

- Impronte in polivinilsilossano (Obbligatorio)  Foto (Obbligatorio)
- Morso di registrazione occlusale (Obbligatorio)  Articolatore
- Antagonista (Obbligatorio)  Altro