

ЗАКАЗ-НАРЯД НА ИЗГОТОВЛЕНИЕ НЕСЪЕМНОГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО АППАРАТА

ДАТА ЗАКАЗА

СРОК СДАЧИ АППАРАТА

Клиника: _____

ФИО пациента: _____

Стоматолог – хирург: _____

Телефон: _____

Стоматолог – ортодонт: _____

Телефон: _____

Название аппарата: _____

Цвет аппарата: _____

Картинка для аппарата: _____

Блестки: Да Нет

КАКИМ СПОСОБОМ ПРЕДПОЧИТАЕТЕ СОГЛАСОВЫВАТЬ ПРОЕКТ ШАБЛОНА:

WhatsApp:

Telegram:

ПРЕДОСТАВЛЕННЫЕ ДАННЫЕ:

Оттиски

Гипсовые модели

Регистраты прикуса

3D сканы челюстей

Фото

КЛКТ*

*КЛКТ является обязательным условием для изготовления аппаратов с опорой на мини-имплантаты

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ:

Искусственные зубы: _____

Пружины: _____

Накусочная площадка: Да Нет

Винты: _____

Окклюзионные накладки: Да Нет

Заслонка для языка: Да Нет

Бусинка: Да Нет

Щечные трубки: Да Нет

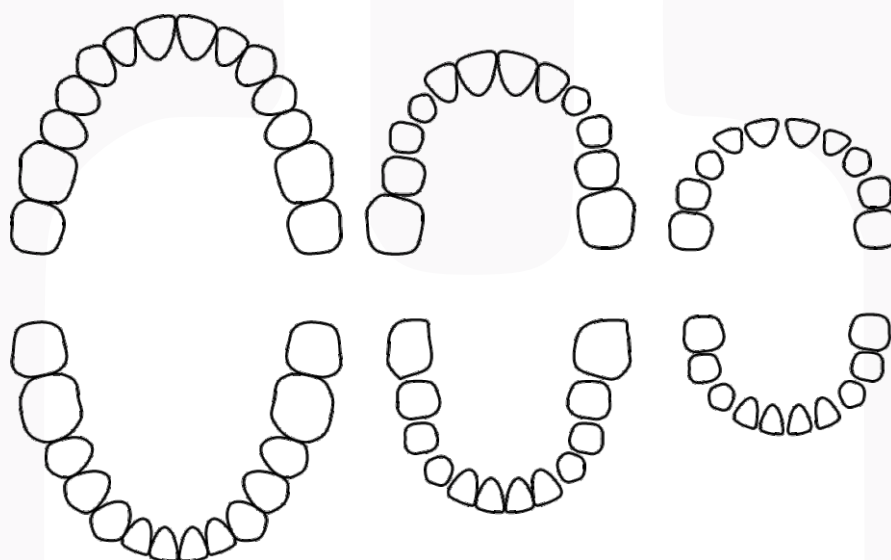
Брекеты: Да Нет

Крючки для лицевой маски: Да Нет

Аренда набора инструментов для установки мини-имплантатов TOMAS: Да Нет



КОММЕНТАРИИ



Проверку работы выполнил
Руководитель отдела

Исаев Максим

Подпись _____