

PRESCRIZIONE MEDICA CHIRURGIA GUIDATA



1. Informazioni generali

Data: *

Nome e Cognome Dott./Dott.ssa: *

Indirizzo (Via, Città, CAP) Dott./Dott.ssa: *

Telefono: *

Email: *

Nome e cognome del paziente: *

Età: * Sesso: * F ☐ M ☐

Indirizzo di fatturazione, se diverso da indirizzo richiedente:

Indirizzo di spedizione, se diverso da indirizzo richiedente:

2. Tipo di invio*

- ☐ File digitale
- ☐ Analogico (in questo caso, dopo l'invio del form scrivere a jdguide@jdentalcare.com per richiedere il ritiro)

3. Posizione della lavorazione

Seleziona il numero degli elementi dentali dove si desidera l'impianto: *

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
D-R								S-L							
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

4. Tipologia della lavorazione*

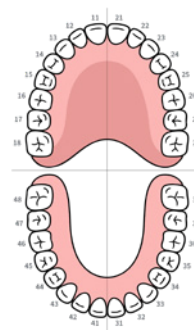
- ☐ Progettazione chirurgia + stampa dima chirurgica (boccola/e inclusa/e)
- ☐ Dima + provvisorio a carico immediato armato
- ☐ Dima + provvisorio a carico immediato non armato
- ☐ Dima zygoma (incluse viti e biomodello)
- ☐ Studio fattibilità
- ☐ Stampa dima senza progettazione
- ☐ Stampa dima chirurgia guidata senza boccole

Si necessita anche di (opzionale):

- ☐ Assistenza in studio
- ☐ Modello stampato con analoghi
- ☐ Modello stampato senza analoghi

5. Tipologia di impianto necessario*

- ☐ JDEvolution Plus: posizione _____
- ☐ JDEvolution S: posizione _____
- ☐ JDPtergo: posizione _____
- ☐ JDNasal: posizione _____
- ☐ JDIcon Plus: posizione _____
- ☐ JDIcon Ultra S: posizione _____
- ☐ JDEvolution: posizione _____
- ☐ JDIcon: posizione _____
- ☐ JDOcta: posizione _____
- ☐ JDNow: posizione _____
- ☐ JDZygoma: posizione _____



6. Colore richiesto*

- ☐ No
- ☐ Sì: _____

7. Note

Specificare notizie anamnestiche di rilevanza per la fase di progettazione e costruzione del dispositivo, allergie ecc... (opzionale):

7.1 È necessario ordinare la componentistica?

- ☐ Sì (definiremo i componenti necessari durante il collegamento)
- ☐ No

8. Data di consegna*

Consulta le nostre tempistiche sul sito. Le urgenze verranno gestite dal JD Milling Center, se possibile, direttamente al ricevimento della richiesta.

Finito per: _____

9. Prenota una sessione di collegamento per visionare il progetto

Fissa un appuntamento con un tecnico dei JD Milling Center al seguente link <https://calendly.com/jdguidejdentalcare/30min>

Prima di effettuare l'invio dell'ordine, controlla di avere correttamente compilato il form in tutti i campi obbligatori, e nella modalità più esauriente possibile.

Qualora il form non fosse compilato correttamente il lavoro non sarà preso in carico dal JD Milling Center.

Sono a conoscenza del fatto che JDentalCare non esegue alcuna revisione clinica del progetto e non si assume pertanto alcuna responsabilità per danni temporanei o permanenti causati al paziente a seguito dell'intervento chirurgico, eseguito tramite la guida modellata a partire dal mio progetto.

Pertanto, sollevo JDentalCare e i suoi dipendenti, consulenti o collaboratori da qualsiasi responsabilità circa il risultato dell'intervento chirurgico.

Dichiaro di possedere le qualifiche legali per realizzare il piano di trattamento e mi assumo la piena responsabilità per la progettazione e l'utilizzo della guida chirurgica, realizzata a partire dall'ultimo progetto approvato.

☐ Autorizzo a procedere*

Data: _____

Firma: _____

*campo obbligatorio



JDentalCare S.r.l.
Via Dino Campana 2, 41123, Modena, Italy
Tel.: (+39) 059 454255
www.jdentalcare.com

Contatti:
Email: jdguide@jdentalcare.com
Tel.: +39 059 454255
Whatsapp: +39 320 157 1077