

# 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](mailto: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\*

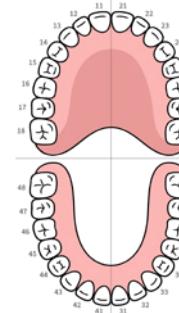
- Progettazione chirurgia + stampa dima chirurgica (boccola/e inclusa/e)
- Dima + provvisorio a carico immediato armato
- Dima + provvisorio a carico immediato non armato
- Dima zygoma (inclusa viti e biomodello)
- Studio fattibilità
- Stampa dima senza progettazione
- Stampa dima chirurgia guidata senza 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 \_\_\_\_\_
- JDPTerygo: posizione \_\_\_\_\_
- JDNasal: posizione \_\_\_\_\_
- JDIcon Plus posizione \_\_\_\_\_
- JDIcon Ultra S posizione \_\_\_\_\_
- JDEvolution posizione \_\_\_\_\_
- JDIcon posizione \_\_\_\_\_
- JDOcta posizione \_\_\_\_\_
- JDNow posizione \_\_\_\_\_
- JDZygoma posizione \_\_\_\_\_



## 6. Colore richiesto\*

- No
- Si: \_\_\_\_\_

## 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 esauritiva 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](http://www.jdentalcare.com)

Contatti:  
Email: [jdguide@jdentalcare.com](mailto:jdguide@jdentalcare.com)  
Tel.: +39 059 454255  
WhatsApp: +39 320 157 1077