DDS-Pro

DDS PRO
Бланк заказа

Требования к заказу
(Необходимо отправить в **M-CAD**)

1. Компьютерную томограмму пациента, записанную в формате DICOM, согласно протокола DDS PRO.
2. Модели или слепки пациента (обычные или виртуальные в формате STL).
3. Wax-Up планируемой ортопедической конструкции (не обязательно).
4. Заполненную и подписанную данную форму.

i Вызов курьера: +7 (929) 680-01-37

Электронную информацию отправляйте на адрес:
dds3digital@gmail.com

Информация о клинике/враче

ФИО доктора

Название клиники

Город

Телефон

Эл. почта

Дата заказа

Дата операции

Информация о пациенте

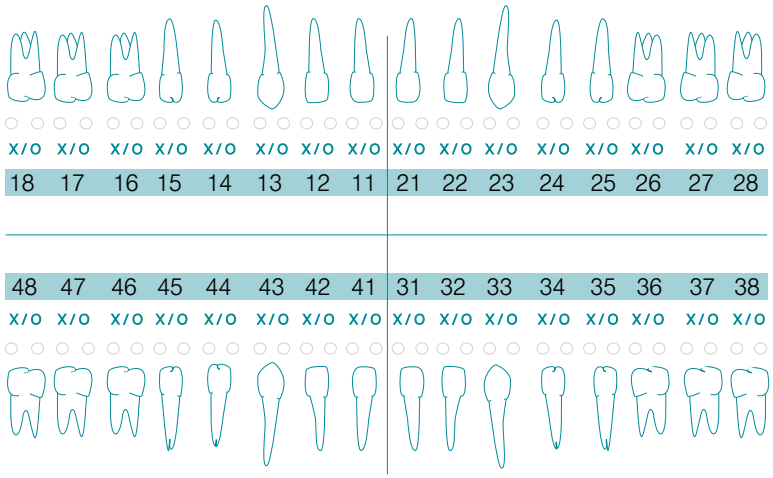
ФИО пациента .

Дата рождения

1. Планируемая конструкция

Пожалуйста, укажите желаемые места установки имплантатов и зубы, которые планируете удалить.

Пожалуйста отметьте:
X Удаляемый зуб
O Место установки имплантата



2. Тип желаемого имплантата

Номер зуба (FDI)	Тип имплантата	Диаметр	Длина
	-	-	-
	-	-	-
	-	-	-
	-	-	-
	-	-	-
	-	-	-
	-	-	-
	-	-	-
	-	-	-

3. Хирургический протокол

- (•) Безлоскутная операция
- ( ) С отслаиванием слизисто-надкостничного лоскута

4. Примечания

Straumann BLT:
1.3 - 4.1x8
1.2 - 3.3x8
2.2 - 3.3x8
2.3 - 4.1x8
2.5 - 4.1x8
2.7 - 4.1x8

! Гарантии и Ответственность

Гарантия M-CAD:

M-CAD прилагает большие усилия, заботясь о сохранении превосходного качества своей продукции. Вся продукция M-CAD гарантировано не имеет дефектов материалов, защищена от производственного брака. Однако, если при использовании нашей продукции в соответствии с рекомендациями производителя у вас все же возникли проблемы с качеством, дефектный продукт будет заменен.

Ответственность

M-CAD не несет ответственность за причиненный прямой или косвенный ущерб. Продукция, предоставляемая M-CAD, не может быть использована с целью определения диагноза, прогноза или курса лечения. Ни продукция, ни какая-либо информация, предоставляемая M-CAD, не может заменить услугу квалифицированного специалиста или консультацию врача.

Подпись[2] (Обязательна)

[2] Заполнение этого поля равноценно Вашей подписи на этом документе