

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

■ FDI

FDI numbering: 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28

FDI numbering: 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

2. Тип желаемого имплантата

Номер зуба	Тип имплантата	Диаметр	Длина

3. Хирургический протокол

- Безлоскутная операция
 С отслаиванием слизисто-надкостничного лоскута

4. Примечания

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.

Подпись² (Обязательна)

² Заполнение этого поля равноценно Вашей подписи на этом документе