INDIBOND

Formulaire de **prescription**

A remplir et à envoyer par email accompagné de vos fichiers (JPG, PNG, PDF, ou STL) et d'une radiographie panoramique à l'adresse suivante :
Indibond@myorthopartner.com

Docteur :
Nom & prénom

Patient : Nom & Prénom

Adresse postale

Date de pose

Adresse email

Sélection des arcades :

- ☐ Supérieure & inférieure
- ☐ Supérieure uniquement
- ☐ Inférieure uniquement

Souhaitez-vous qu'Ortho Partner s'occupe du placement des brackets dans les gouttières ?

☐ Oui ☐ Non

Quel type de bracket souhaitez-vous utiliser ?

- ☐ Genius 2 Metal
- ☐ Genius Crystal
- ☐ Une combinaison Genius II Metal Genius Crystal

Veuillez décrire votre configuration :

Par exemple : de 6 à 6 métal ou de 3 à 3 crystal Sup & Inf, et de 4 à 7 en Métal

1/ Si vous souhaitez modifier les hauteurs de collage, veuillez remplir les cases du tableau avec vos hauteurs ci-dessous

2/ Mettez une croix (x) dans la case que vous souhaitez ne pas appareiller

	Droite				MAXILLAIRE								Gauche	
	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
Hauteur de collage standard	Milieu	Milieu	3.5	4.0	4.5	4.0	4.5	4.5	4.0	4.5	4.0	3.5	Milieu	Milieu
Votre hauteur de collage														

	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
Hauteur de collage standard	Milieu	Milieu	3.5	4.0	4.5	4.0	4.0	4.0	4.0	4.5	4.0	3.5	Milieu	Milieu
Votre hauteur de collage														
	Droite				MANDIBULE								Gauche	