



**Docteur :**

**Nom & prénom**

**Adresse postale**

**Adresse email**

**Sélection des arcades :**

- Supérieure & inférieure
- Supérieure uniquement
- Inférieure uniquement

**Quel type de bracket souhaitez-vous utiliser ?**

- Genius Metal
- Genius 2 Metal
- Genius Crystal
- Une combinaison Genius Metal - Genius Crystal

# 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**

**Patient : Nom & Prénom**

**Date de pose**

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

- Oui
- Non

**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		
	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7			