

Formulaire de données du patient

Date d'envoi: _____

Orthodontiste:

Nom _____ Prénom _____ Téléphone _____

Patient: _____ Numéro de cas: _____

Nom _____ Prénom _____ né(e) le _____

N'oubliez pas de joindre ce formulaire dûment rempli dans la boîte d'envoi!

Nouveau cas 2./3.Phase Raffinement

Documents du patient dans la boîte d'expédition transmis en lignetelt

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Empreinte en silicone (maxillaire) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Empreinte en silicone (mandibulaire) | <input type="checkbox"/> |
| 3. Enregistrement d'occlusion | <input type="checkbox"/> |
| 4. Radiographies | |
| Radiographie panoramique | <input type="checkbox"/> |
| Téléradiographie de profil | <input type="checkbox"/> |
| films dentaires | <input type="checkbox"/> |
| 5. Photos | <input type="checkbox"/> |

Notes: _____

Les empreintes et l'enregistrement d'occlusion doivent être soigneusement dé-sinfectés avant d'être enveloppés dans les pochettes plastiques prévues pour leur envoi.

Liste de contrôle

Lisez s'ill vous plaît attentivement les instructions suivantes, avant d'envoyer les empreintes à orthocaps.

1. Les empreintes en silicone A, ont-elles été désinfectées?
2. L'enregistrement d'occlusion "bite" a-t-il été désinfecté?
3. Les photos (vue latérale, vue frontale avec sourire et les photos intra-orales) ont-elles été transmises en ligne par le biais du portail orthocaps?
4. Les radiographies ont-elles été transmises en ligne?
5. Le patient a-t-il signé le formulaire de consentement de la transmission des données ?
6. "Le formulaire de données du patient" a-t-il été rempli et signé?
7. Est-ce que tout est dans la boîte ? Empreintes, "bite", formulaires?
8. Vous pouvez envoyer la boîte orthocaps à l'adresse suivante

Kaladent - distributeur exclusif d'orthocaps® en Suisse
Schachenstrasse 2
CH-9016 St. Gallen
Tel. +41 844 35 35 35
www.orthocaps.fr

