

## PRESCRIZIONE ALLINEATORI NEOSMILE

Medico prescrivente \_\_\_\_\_

Materiali Allegati

Impronte/Scansioni

Studio \_\_\_\_\_ N° Iscrizione Albo \_\_\_\_\_

Foto

Sup

Paziente \_\_\_\_\_ Genere \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

Rx Panoramica

Inf

Allergie/Malattie infettive \_\_\_\_\_

Rx Tele

Reg. Occlusale

### PIANO DI TRATTAMENTO

#### ARCATA SUPERIORE

#### ARCATA INFERIORE

Espansione  Sì  No

**STRIPPING**  Sì  No

Espansione  Sì  No

**STRIPPING**  Sì  No

Proinclinazione  Sì  No

App / Grip  Sì  No

Proinclinazione  Sì  No

App / Grip  Sì  No

#### OVERBITE

#### OVERJET

#### DIASTEMI

Mantenere

Mantenere

**ARCATA SUPERIORE**  Chiusura spazi  Lasciare

Migliorare Deep Bite

Migliorare

**ARCATA INFERIORE**  Chiusura spazi  Lasciare

### ELEMENTI DA NON MUOVERE



NOTE: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Data e firma del medico presrittore

Data consegna progetto

La visualizzazione del caso è una simulazione virtuale e non garantisce il risultato clinico.

Diagnosi e prescrizione sono responsabilità del medico odontoiatra; il laboratorio opera sui dati ricevuti e non risponde di errori o modifiche non comunicate per iscritto.