

# Modulo Prescrizione

Cliente: \_\_\_\_\_

n° Iscrizione Albo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome Paziente: \_\_\_\_\_

## Anamnesi Ortodontica

- Affollamento   
  Spaziatura   
  Classe II   
  Classe III   
  Morso Aperto  
 Morso Profondo   
  Morso Crociato Anteriore   
  Morso Crociato Posteriore   
  Arcata Stretta  
 Denti Vestibolarizzati   
  Overjet

## Caratteristiche del Caso

**Numero di Allineatori:** In base al Set-Up

**Consegna Impronte:**

- File in formato STL   
  Silicone

**Arcate da trattare:**

- Entrambe   
  Solo Superiore   
  Solo Inferiore

**Materiale fotografico da inviare:** 5 Foto Intraorali – 3 Foto Paziente

**Materiale radiografico (se disponibile):** CBCT – Ortopanoramica e/o Telecranio (LL)

**Indicazioni sugli spostamenti:**

- Nessuno   
  Solo Movimenti da 3-3   
  Solo Movimenti da 5-5

**Contenzioni da inviare con il caso (1 SET incluso):**

- 1 SET Addizionale (non incluso)   
  2 SET Addizionali (non inclusi)

**Lunghezza degli Allineatori:** Anteriormente al Colletto - Posteriormente Taglio Dritto al Colletto se possibile

## Forma dell'Arcata

**Linea Mediana:**

- Ottimizzare   
  Mantenere

lato paziente:

- Modificare la Superiore verso:   
  Destra   
  Sinistra

- Modificare l'Inferiore verso:   
  Destra   
  Sinistra

**Linea del Sorriso:** Raccomandata del Team

## Opzione Risoluzione Affollamento

Mediante Proinclinazione:   
 No   
 Raccomandato dal Team   
 Prioritariamente

Espansione Posteriori:   
 No   
 Raccomandato dal Team   
 Prioritariamente

IPR:   
 No   
 Raccomandato dal Team   
 Prioritariamente

# Modulo Prescrizione

## Relazione Sagittale

### OverJet

- Ottimizzare con IPR

## Relazione Verticale

### OverBite

- Ottimizzare:  Intrusione solo Anteriori  
 Intrusione Anteriori + Estrusione Posteriori

## Relazione Trasversale

### CrossBite

- Correggere:  Sì  
 No

## Specifiche del Trattamento

### Prescrizione IPR:

- Nessun IPR  Raccomandata del Team  Fare l'IPR tutto insieme

### Quando Eseguirlo:

- Se necessario prima del 1° Allineatore  Se necessario al 2° Allineatore  Quando i punti di contatto sono accessibili

### Dove Eseguirlo:

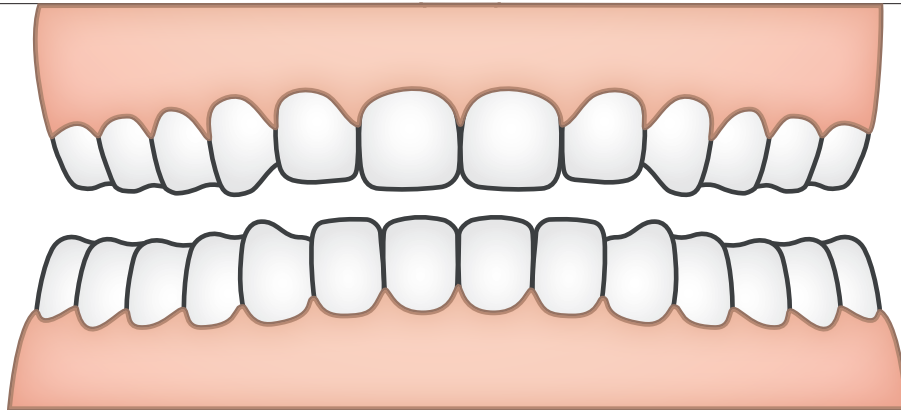
- Fare IPR sugli Anteriori se necessario  Fare IPR sugli Anteriori e sui Posteriori

### Attachments:

- Raccomandati del Team  Nessun Attachment

### Indicare la presenza di Corone, Impianti, Ponti e Denti Devitalizzati:

DESTRA



SINISTRA

Indicare le istruzioni posizionando la relativa lettera sul dente di riferimento:

- A** Nessun Movimento **B** Movimento in Gruppo **C** Nessun IPR **D** Estrazione **E** Corone **F** Impianti **G** Ponti **H** Devitalizzazioni

## Note Dottore