

Indicazioni cliniche Arc Angel

Da allegare alla prescrizione - Per la realizzazione di un set completo

Data ___/___/___ Rif. prescrizione _____

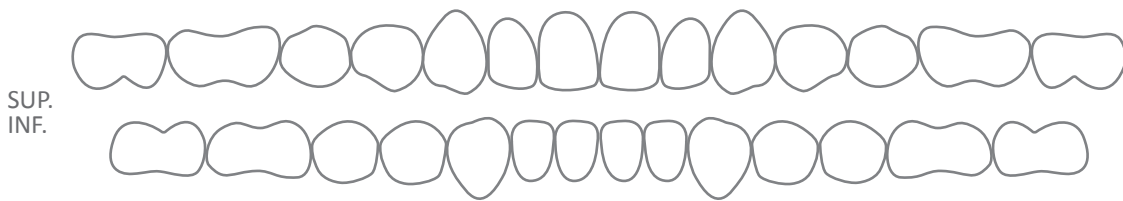
Paziente (nome o codice) _____

Nata/o il ___/___/___ Sesso M F

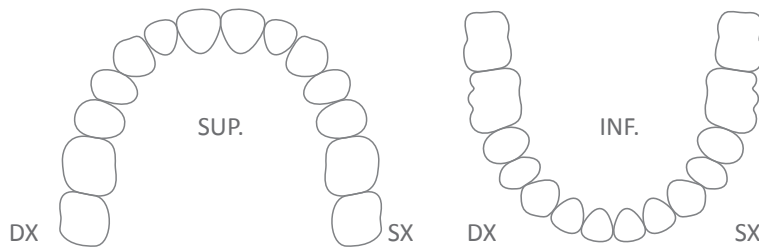
Timbro studio dentista/ortodontista

(apporre il timbro dello studio completo di dati fiscali)

1. Indicare con una freccia estrusioni o intrusioni 2. Indicare le correzioni dell'inclinazione 3. Indicare il torque positivo o negativo



Indicare i movimenti da registrare: 1. Rotazione 2. Vestibolo - Linguale 3. Mesio - Distale 4. Indicare dove necessita lo Stripping



Arc Angel solo superiore

Arc Angel solo inferiore

Arc Angel bimascellare

Possibilità di applicare APP.

NON applicare APP.

Eventuali note _____
