

PRESCRIPCIÓN MÉDICA CIRUGÍA GUIADA



1. Información general

Fecha:*

Nombre y apellido del Dr./Dra.:

Dirección (Calle, Ciudad, Código Postal) del Dr./Dra.: *

Teléfono: *

Correo electrónico:*

Nombre y apellido del paciente: *

Edad: * género del paciente: * F M

Dirección de facturación, si difiere de la dirección de solicitud

Dirección de envío, si difiere de la dirección de solicitud

2. Tipo de envío*

Archivo digital

Analógico (en este caso, una vez completado el formulario, escribir a jdguide@jdentalcare.com para solicitar recogida)

3. Localización del procesamiento

Selecciona el número de elementos dentales donde se desean colocar implantes: *

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
D-R								S-L							
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

4. Tipo de proceso*

Diseño quirúrgico + impresión de guía quirúrgica (con fundas incluidas)

Jig + provisional de carga inmediata reforzado

Guía quirúrgica + provisional de carga inmediata sin refuerzo

Dima cigomática (incluye tornillos y biomodelo)

Estudio de viabilidad

Impresión de guía quirúrgica sin diseño

Impresión de guía quirúrgica sin fundas

También se requiere (campo no obligatorio):

Asistencia en el estudio

Modelo 3D impreso con análogos

Modelo 3D impreso sin análogos

5. Tipo de implante*

JDEvolution Plus: localización: _____

JDEvolution S: localización: _____

JDPterigo: localización: _____

JDNasal: localización: _____

JDIcon Plus localización: _____

JDIcon Ultra S localización: _____

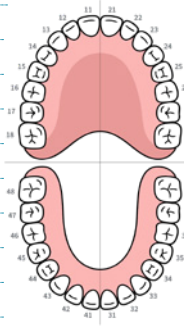
JDEvolution localización: _____

JDIcon localización: _____

JDOcta localización: _____

JDNow localización: _____

JDZygoma localización: _____



6. Color*

No

Si: _____

7. Notas

Especificar antecedentes médicos relevantes para la fase de diseño y fabricación del dispositivo, alergias, etc.

7.1 ¿Es necesario solicitar componentes?

Sí (Los componentes necesarios se definirán durante la conexión)

No

8. Plazo de entrega*

Vea nuestros plazos de entrega en el site. Los trabajos urgentes serán tratados por el centro de fresado JD directamente al recibir la solicitud, siempre que sea posible.

Finalizado para el: _____

9. Reserva una sesión para ver el proyecto

Concierte una cita con un técnico de JD Milling Center en el siguiente enlace: <https://calendly.com/jdguidejdentalcare/30min>

Antes de enviar el pedido, compruebe que ha rellenado correctamente todos los campos obligatorios del formulario y de la forma más exhaustiva posible.

Si no lo ha hecho correctamente, JD Milling Center no se hará cargo del trabajo.

Soy consciente de que JDentalCare no realiza ninguna revisión clínica del proyecto y, por lo tanto, no se hace responsable de ningún daño temporal o permanente causado al paciente como resultado del procedimiento quirúrgico realizado utilizando la guía fabricada en base a mi proyecto aprobado.

Por lo tanto, eximo a JDentalCare y a sus empleados, consultores o colaboradores de cualquier responsabilidad relacionada con el resultado de la intervención quirúrgica.

Declaro que poseo la cualificación legal para desarrollar el plan de tratamiento y asumo toda la responsabilidad por el diseño y el uso de la guía quirúrgica, que se basa en el último proyecto aprobado.

Autorizo proceder*

Fecha: _____

Firma: _____

*campo obligatorio



JDentalCare S.r.l
Via Dino Campana 2, 41123, Modena, Italy
Tel.: (+39) 059 454255
www.jdentalcare.com

Contactos:
Email: jdguide@jdentalcare.com
Tel.: +39 059 454255
Whatsapp: +39 320 157 1077