

PRESCRIPTION MÉDICALE CHIRURGIE GUIDÉE



1. Informations générales

Date:* _____

Nom et Prénom Dr./Dre :* _____

Adresse (Rue, Ville, Code postal) Dr./Dre :* _____

Téléphone:* _____

Email:* _____

Nom et prénom du patient:* _____

Âge :* _____ Sesso:* F M

Adresse de facturation, si différente de l'adresse du demandeur:

Adresse de livraison, si différente de l'adresse du demandeur:

2. Type d'envoi*

Fichier numérique

Analogique (dans ce cas, après l'envoi du formulaire, écrire à jdguide@jdentalcare.com pour demander l'enlèvement)

3. Position du travail

Sélectionnez le numéro des éléments dentaires où l'implant est souhaité.*

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. Type de travail*

Planification chirurgicale + impression guide chirurgical (douille(s) incluse(s))

Guide + provisoire à charge immédiate armé

Guide + provisoire à charge immédiate non armé

Guide zygoma (vis et biomodèle inclus)

Étude de faisabilité

Impression guide sans planification

Impression guide chirurgie guidée sans douilles

Il est également nécessaire (optionnel):

Assistance au cabinet

Modèle imprimé avec analogues

Modèle imprimé sans analogues

5. Type d'implant nécessaire*

JDEvolution Plus: position _____

JDEvolution S: position _____

JDPterigo: position _____

JDNasal: position _____

JDIcon Plus position _____

JDIcon Ultra S position _____

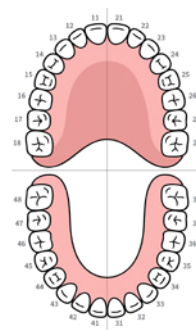
JDEvolution position _____

JDIcon position _____

JDOcta position _____

JDNow position _____

JDZygoma position _____



6. Couleur demandée*

Non

Oui: _____

7. Remarques

Veuillez indiquer les antécédents médicaux pertinents pour la phase de planification et de fabrication du dispositif, allergies, etc. (optionnel):

7.1 Faut-il commander les composants?

Oui (nous définirons les composants nécessaires lors de la connexion)

Non

8. Date de livraison*

Consultez nos délais sur le site. Les urgences seront gérées par le JD Milling Center, si possible, dès réception de la demande.

Prévu pour: _____

9. Réserver une session de connexion pour visualiser le projet

Prenez rendez-vous avec un technicien du JD Milling Center au lien suivant <https://calendly.com/jdguidejdentalcare/30min>

Avant d'envoyer la commande, vérifiez d'avoir correctement rempli le formulaire dans tous les champs obligatoires et de la manière la plus complète possible.

Si le formulaire n'est pas correctement rempli, le travail ne sera pas pris en charge par le JD Milling Center..

Je suis conscient(e) que JDentalCare n'effectue aucun contrôle clinique du projet et n'assume donc aucune responsabilité pour les dommages temporaires ou permanents causés au patient à la suite de l'intervention chirurgicale réalisée au moyen du guide conçu à partir de mon projet.

Par conséquent, je décharge JDentalCare ainsi que ses employés, consultants ou collaborateurs de toute responsabilité quant au résultat de l'intervention chirurgicale.

Je déclare posséder les qualifications légales pour établir le plan de traitement et j'assume l'entière responsabilité de la planification et de l'utilisation du guide chirurgical, réalisé à partir du dernier projet approuvé.

J'autorise à procéder*

Date: _____

Signature: _____

*champ obligatoire



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

Contacts:
Email: jdguide@jdentalcare.com
Tél.: +39 059 454255
Whatsapp: +39 320 157 1077