INDIBOND

Formulaire de **prescription**

À remplir et à envoyer par email accompagné de vos fichiers JPG, PNG, PDF ou STL à l'adresse suivante : **indibond@myorthopartner.com**

Nom du docteur

Prénom du docteur

Votre email

Nom du patient

Prénom du patient

Type d'arcade :

- ☐ Haut et bas
- ☐ Haut uniquement
- ☐ Bas uniquement

Souhaitez vous qu'Ortho Partner s'occupe du placement des brackets dans les gouttières ?

☐ Oui ☐ Non

Quel type de bracket souhaitez-vous utiliser ?

- ☐ Genius Metal
- ☐ Genius Crystal
- ☐ Genius 2 Metal
- ☐ Une combinaison Genius Metal - Genius Crystal

Veuillez décrire votre configuration

(De 16 à 26 metal uniquement ou De 14 à 24 Crystal + 33 à 43 Crystal + complément jusqu'au 5 métal)

1/ Si vous souhaitez modifier les hauteurs de collage, veuillez remplir les cases du tableau avec vos hauteurs ci-dessous

2/ Mettez une croix (x) dans la case que vous souhaitez ne pas appareiller

Maxillaire														
Hauteur standard	Milieu	Milieu	3.5	4.0	4.5	4.0	4.5	4.5	4.0	4.5	4.0	3.5	Milieu	Milieu
Votre hauteur de collage														

Mandibulaire														
Hauteur standard	Milieu	Milieu	3.5	4.0	4.5	4.0	4.0	4.0	4.0	4.5	4.0	3.5	Milieu	Milieu
Votre hauteur de collage														