

## Formulaire de données du patient

Date d'envoi: \_\_\_\_\_

Orthodontiste:

Nom	Prénom	Téléphone
-----	--------	-----------

Patient:

Nom	Prénom	né(e) le
-----	--------	----------

**Impératif : N'oubliez pas de joindre le formulaire dûment rempli dans la boîte d'envoi orthocaps!**

Documents du patient                      dans la boîte d'expédition    transmis en ligne

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Empreinte en silicone PVS(arcade maxillaire)                 | <input type="checkbox"/> |                          |
| 2. Empreinte en silicone PVS (arcade mandibulaire)              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 3. Enregistrement d'occlusion « bite » PVS de l'arcade complète | <input type="checkbox"/> |                          |
| 4. Radiographies  |                          |                          |
| - Radiographie panoramique                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Téléradiographie de profil                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Photos   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Impératif: Les empreintes et l'enregistrement d'occlusion doivent être soigneusement désinfectés avant d'être enveloppés dans les pochettes plastiques prévues pour leur envoi !**

An der Bever 8- D59069- Hamm, Allemagne– Téléphone : +49 (0)2385/ 92190

Fax : +49 (0)2385/ 9219080

www.orthocaps.com - Email : info@orthocaps.com