

Документи, які необхідно додати до анкети:

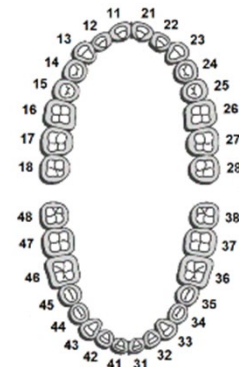
- Панорамні та секторальні рентгенівські знімки етапів лікування, включаючи рентгенівський знімок з останнього візиту до виникнення несправності.
- Виріб(и), що підлягає(ють) експертизі, очищені, незаражені та стерилізовані коронки із зазначенням реєстраційного номера на пакеті для стерилізації.

1. ДАНІ ПРО ЛІКАРЯ/КЛІЄНТА

Код клієнта (з накладної та/або рахунка):

Ім'я лікаря:

E-mail:



2. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА

Пацієнт ID: Стать: ☐ Ч ☐ Ж

Вік: Пацієнт з бруксизмом ☐ Так ☐ Ні

Розміщення:

3. ІСТОРІЯ ХВОРОБИ

Опишіть нижче всю інформацію, яку ви вважаєте корисною для аналізу випадку (стан пародонту, втрата зуба/зубів під час лікування, розвиток оклюзії, антагоніст відповідного зуба тощо).

.....

.....

.....

.....

Чи були раніше несправності в цьому ж місці? ☐ Так ☐ Ні

Кількість контрольних візитів : Дата останнього візиту:

4. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ВИРІБ

Протетичний
компонент

Артикул :

LOT:

Якщо невідомо, надайте наявну інформацію: діапазон, тип з'єднання (ST, posterior/2Ex) ...

.....

Дата встановлення:

Дата несправності:

Імплантат

Артикул:

LOT:

Дата встановлення:

Дата вилучення:

(Якщо це відбулося, то опишіть у §5)

Реставрація

(Якщо відбулася)

☐ Керамометалевий (CCM)

☐ Ламінований цирконій

☐ Повністю цирконієва

☐ Інше:

5. ОПИС НЕСПРАВНОСТІ

Точний опис обставин

.....

.....

.....

.....

.....

7. ОПИС ВИКОРИСТАННЯ ДОПОМІЖНИХ ЗАСОБІВ ТА ВЖИТИХ/ ПЛАНОВАНИХ ЗАХОДІВ (Якщо відбулося)

Опишіть нижче, який допоміжний пристрій було використано (Global D або іншого виробника), яке обертове зусилля було застосовано, чи було вилучення успішним, а також які заходи було вжито або заплановано.

Успішне вирішення ☐ Так ☐ Ні Обертове зусилля:

Артикул допоміжних засобів:

Опис:

.....

.....

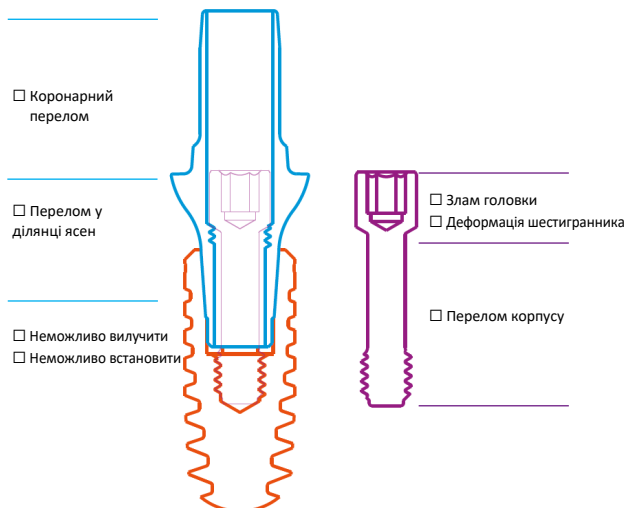
.....

.....

.....

6. ЗОБРАЖЕННЯ

Обведіть/виберіть відповідну область



☐ Інше (Якщо відмічено, опишіть у §5)