

PROCEDURA ZAMAWIANIA ŁĄCZNIKÓW INDYWIDUALNYCH

WYMAGANIA DO ZŁOŻENIA ZAMÓWIENIA:

1. NINIEJSZE ZLECENIE WYPEŁNIONE I PODPISANE PRZEZ LEKARZA / TECHNIKA
2. PLIK PROJEKTU (PLIK STL)

NUMER PRZYPADKU _____

ZAMÓWIENIE _____

DATA OTRZYMANIA _____

TERMIN REALIZACJI _____

DANE DO WYSYŁKI

IMIĘ I NAZWISKO _____

NAZWA _____

ADRES _____

KOD POCZTOWY, MIASTO _____

TELEFON _____

E-MAIL (do przesyłania projektów pracy) _____

DANE DO FAKTURY

IMIĘ I NAZWISKO _____

NAZWA _____

NIP _____

ADRES _____

KOD POCZTOWY, MIASTO _____

TELEFON _____

INFORMACJE O PACJENCIE

IMIĘ I NAZWISKO / NUMER PRZYPADKU _____

DATA URODZENIA _____

ZAŁĄCZONE ELEMENTY

PROSZĘ ZAZNACZYĆ,
KTÓRE ELEMENTY ZOSTAŁY
PRZESŁANE

WYCISK SZCZĘKI

WYCISK ŻUCHWY

REJESTRACJA ZWARCIA

MODEL SZCZĘKI

MODEL SZCZĘKI Z WAX-UP

SILIKONOWA MASKA DZIAŚŁOWA

MODEL ŻUCHWY

MODEL ŻUCHWY Z WAX-UP

ARTYKULATOR

PRZY WYSYŁANIU WYCISKÓW DOŁĄCZONO:

TRANSFERY WYCISKOWE SZT. _____

ANALOGI SZT. _____

ZAMÓWIENIA

APOLLO IMPLANT COMPONENTS
UL. KONOPNA 16 • 95-200 PABIANICE
TEL. +48 42 215 31 56/89

WSPARCIE TECHNICZNE MEDIF

ALEKSANDER.MIELESZKO@MEDIF.COM
WWW.MEDIF.COM
TEL. +48 669 969 904

RODZAJ USŁUGI – PROSZĘ WYBRAĆ Z PONIŻSZYCH OPCJI:

TYP ODBUDOWY	NUMER ZĘBA							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Indywidualny filar ze stopu tytanowego, KOLOR*:								
Indywidualny filar ze stopu tytanowego duplikat, KOLOR*:								
Indywidualny filar z cyrkonu (hybrydowy), KOLOR (VITA):								
Most (tylko na elementach MULTI-UNIT)								
Suprastruktura (tylko na elementach MULTI-UNIT)								
Belka (tylko na elementach MULTI-UNIT)								

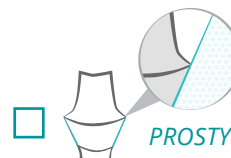
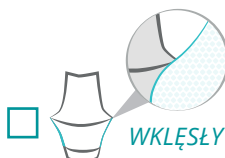
*TI - TYTANOWY, G - GOLD

RODZAJ USŁUGI – PROSZĘ WYBRAĆ Z PONIŻSZYCH OPCJI:

KONSTRUKCJA KSZTAŁTU PRZĘŚŁA
PROSZĘ ZAZNACZYĆ JEDNO Z TRZECH



KSZTAŁT PROFILU WYŁANIANIA
PROSZĘ ZAZNACZYĆ JEDNO Z DWÓCH



KSZTAŁT PROFILU WYŁANIANIA
PROSZĘ ZAZNACZYĆ JEDNO Z TRZECH



ZGODNY Z PROFILEM
MASKI DZIAŚŁOWEJ



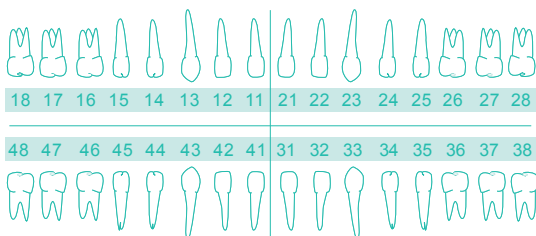
DO 0,2 MM
SZERSZY NIŻ PROFIL
MASKI DZIAŚŁOWEJ



DO 1 MM
SZERSZY NIŻ PROFIL
MASKI DZIAŚŁOWEJ

GŁĘBOKOŚĆ PREPARACJI PODDZIAŚŁOWEJ:

PROSZĘ ZAZNACZYĆ POZYCJĘ ZĘBA,
KTÓRY BĘDZIE ODBUDOWANY:



NR ZĘBA	TYP IMPLANTU	PLATFORMA
		<input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> WP
		<input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> WP
		<input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> WP
		<input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> WP
		<input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> WP
		<input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> WP
		<input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> WP
		<input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> WP

UWAGI

ZAMÓWIENIA

APOLLO IMPLANT COMPONENTS
UL. KONOPNA 16 • 95-200 PABIANICE
TEL. +48 42 215 31 56/89

WSPARCIE TECHNICZNE MEDIF

ALEKSANDER.MIELESZKO@MEDIF.COM
WWW.MEDIF.COM
TEL. +48 669 969 904

