Str.Armeneasca, nr. 15, CP 021042, sector 2, București
Receptie : 0726 319 237 Mobil: 0723 565 781
www.kronesthetics.ro
e-mail : office@kronesthetics.ro

Medic……	Cabinet: ……
Data ____/___/_____ Nr. fișă ……	Pacient…… Vârstă …….. ☐ Feminin ☐ Masculin

Tip lucrare: ☐ Wax-up ☐ Mock-up indirect ☐ Coroane provizorii ☐ Protetică fixă ☐ Protetică mobilă

Descriere: ……

……

Accesorii trimise in laborator:

☐ Implant analog:…x buc. ☐ Bont transfer:…x buc. ☐ Șurubelniță ☐ Model:…..……

☐ Bont protetic / Tip bont: ……..……..x buc. ☐ ……x buc ☐..……..x buc.

Ocluzogramă ◯ Bont natural ☐ Implant X Dinte lipsă

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38

CULOARE

Bont ……	☐ VITA Clasic ☐ 3D Master ☐ Easy Shade ☐ Alta……..
Finală ……..	
Foto: ☐ Da ☐ Nu	

PROBE

Data: ___/___/_____	
Data: ___/___/_____	
Data: ___/___/_____	
Data: ___/___/_____	
Data: ___/___/_____	

INFORMAȚII FUNCȚIONALE

MODELE TRIMISE ÎN LABORATOR ☐ Da ☐ Nu

☐ Situaţie iniţială ☐ Model Diagnostic ☐ De lucru

☐ Maxilar ☐ Mandibular ☐ Maxilar ☐ Mandibular ☐ Maxilar ☐ Mandibular

ÎNREGISTRĂRI OCLUZALE TRIMISE ÎN LABORATOR

☐ IM ☐ RC ☐ Propulsie ☐ Lateralitate stânga/ dreapta

DIMENSIUNE VERTICALĂ

☐ Neschimbată ☐ Crescută ☐ Maxilar (mm)…… ☐ Scăzută ☐ Maxilar (mm)……

☐ Mandibular (mm)…… ☐ Mandibular (mm)……

ARC FACIAL – Linii de referinţă

☐ Arbitrar ☐ Comisural ☐ Orizont ☐ Interpupilar ☐ Altele……

ARTICULATOR

Set-up	Înregistrări
☐ Pantă condiliană stânga/ dreapta	……../ ……..
☐ Unghiul Benett stânga/ dreapta	……../ ……..
☐ Valori medii	

☐ **MĂSUȚĂ DE TRANSFER TRIMISĂ**

AMPRENTA

Înregistrată în data: ___/___/_____, ora: ___/___ | Dezinfectată cu: ……

Materialul de amprentă folosit

☐ **Alginat** ☐ Maxilar ☐ Mandibulă

☐ **Polieter** ☐ Maxilar ☐ Mandibulă

☐ **Silicon adiţie** ☐ Maxilar ☐ Mandibulă

☐ **Silicon condensare** ☐ Maxilar ☐ Mandibulă

☐ **Alt material…….** ☐ Maxilar ☐ Mandibulă

DOCUMENTAȚIE

ISTORIC CAZ

☐ Boli contagioase ☐ Handicap psihomotor

☐ Alergii confirmate ☐ Bruxism

☐ Dispozitiv medical ☐ Altele

Note: ……

……

……

……

Str.Armeneasca, nr. 15, CP 021042, sector 2, București
Receptie : 0726 319 237 Mobil: 0723 565 781
www.kronesthetics.ro
e-mail : office@kronesthetics.ro

Medic……	Cabinet: ……
Data ____/___/_____ Nr. fișă ……	Pacient…… Vârstă …….. ☐ Feminin ☐ Masculin

Observatii

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Observatii

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……