

Cabinet / Dentiste :

Date :

Numéro de patient :

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :

Recevoir projection du traitement avec devis  Réaliser directement le traitement

### 1. Maxillaire à traiter

Supérieur  Inférieur  Les deux

### 2. Restriction de mouvements dentaires

Veuillez indiquer quelle(s) dent(s) ne peuvent être bougées

(Dent dévitalisée, couronne, bridge, implants, ...)

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

### 3. Ne pas placer d'attachement sur ces dents

(Dent dévitalisée, couronne, bridge, implants, ...)

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

### 4. Milieu incisif centrale (2mm de mouvement max)

Supérieur :  Correct  Veuillez centrer de  mm vers la  gauche  droite

Inférieur :  Correct  Veuillez centrer de  mm vers la  gauche  droite

### 5. Veuillez indiquer la classe actuelle du patient

Classe 1  Classe 2  Classe 3

Indications supplémentaires :