



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

Veillez 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

3. Ne pas placer d'attache 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

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 :