



REGISTERED OFFICE & OPERATIONAL 1: Via San Benedetto, 1837 - 40018

San Pietro in Casale (BO) Italy

OPERATIONAL HEADQUARTERS 2: Via Due Ponti, 19 - 40050

Argelato (BO) Italy

Tel. +39 (0) 51.81.13.75 Fax +39 (0) 51.666.94.00

www.bebdental.it lab.guided@bebdental.it

MODULO PER LA CHIRURGIA GUIDATA B&B DENTAL

NOTA IMPORTANTE: la responsabilità clinica del caso è sempre attribuita al medico richiedente che ha sempre l'obbligo di valutare la pianificazione prima di approvarla.

Nome e cognome del dottore:

Nome e cognome del paziente:

Data della richiesta:

Data prevista dell'intervento:

Tipo di edentulia: Arcata:

Richiesta di consulenza clinica:

DA COMPILARE IN CASO DI CONSULENZA CLINICA RICHIESTA:

Tipo di protesi:

Posizione impianti:

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

Informazioni utili:

Impianti post estrazione:

I denti residui verranno:

RICHIESTE SPECIALI:

Guida chirurgica: Da elemento N° a
 quantità

Modello:

Vorrei ricevere un provvisorio in PMMA multistrato:

Timbro e firma del Dottore:

oppure scrivere il nome del dottore e selezionare la casella:

SII DIGITAL! NON STAMPARE QUESTO MODULO!

Questo modulo può essere compilato con qualsiasi dispositivo digitale