

DATE: _____ TEL: _____ EMAIL: _____

 DENTISTE | DENTIST: SVP ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES | PLEASE PRINT _____ ADRESSE | ADDRESS: _____

DATE D'ÉCHÉANCE | DUE DATE: _____ HEURE DE RETOUR | RETURN TIME: _____

 PATIENT: SVP ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES | PLEASE PRINT _____ Homme/Male Femme/Female

 MODÈLES D'ÉTUDE NUMÉRIQUES | DIGITAL STUDY MODELS CAS ENVOYÉ NUMÉRIQUEMENT | CASE SENT DIGITALLY

DOSSIERS DE DIAGNOSTIC INCLUS | DIAGNOSTIC RECORDS INCLUDED:
FORMAT CBCT DICOM TRANCHE PAR TRANCHE | CBCT FORMAT DICOM SLICE-BY-SLICE
 Envoyé à Milident par Imaging Lab/ Sent to Milident by Imaging Lab Envoyé par e-mail / Emailed CD/USB

MODÈLE ET PRISE D'ARTICULÉ | MODELS AND BITE REGISTRATION:
 Scanner intra-oral / Intra Oral Scanner _____ Empreintes conventionnelles / Conventional Impressions

SERVICE REQUIS | SERVICE REQUIRED:

-
- Planification virtuelle et guide chirurgical / Implant Plan and Surgical Guide
-
-
- Planification virtuelle, guide chirurgical et restauration provisoire / Implant Plan, Surgical Guide and Temporary Restoration
-
-
- Planification virtuelle, guide chirurgical et restauration provisoire et restauration finale / Implant Plan, Surgical Guide and Temporary Restoration and Final Restoration

TYPE DE GUIDE CHIRURGICAL | SURGICAL GUIDE TYPE:
 Entièrement guidé | Fully Guided **PILOTE UNIQUEMENT | PILOT ONLY**

 Taille des douilles 1.5 2.2
 Sleeve Size 2.0 2.8

 Non guidé | Not Guided

Brand | Marque _____ Other _____

 Goupilles d'ancrage | Anchor Pins: Oui | Yes Non | No

RESTAURATION TEMPORAIRE IMMEDIATE / IMMEDIATE TEMPORARY RESTORATION:

-
- Vis de cicatrisation personnalisée uniquement / Custom Healing Abutment Only
-
-
- Pilier de cicatrisation personnalisé + restauration (options ci-dessous) / Custom Healing Abutment + Restoration (options below)
-
-
- Essix avec dent | Essix with Tooth
-
-
- Couronne implantaire temporaire en PMMA / Temporary PMMA Implant Crown
-
-
- Pont Papillon | Maryland Bridge
-
-
- PMMA temporaire | Temporary PMMA
-
-
- Prothèse partielle | Partial Denture

RESTAURATION FINALE / FINAL RESTORATION:

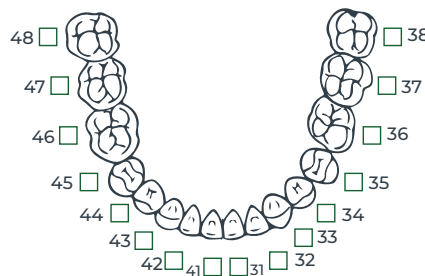
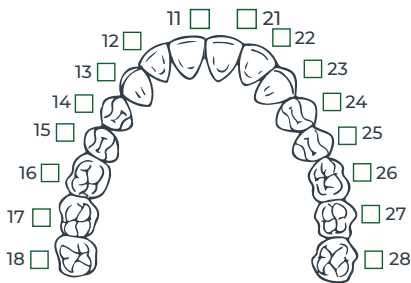
(Prescription finale de restauration d'implant à envoyer lorsque vous êtes prêt à restaurer) / (Final Implant Restoration Rx to be sent when ready to restore)

-
- Couronne | Crown
-
- Pont | Bridge
-
-
- Dentier | Denture
-
- Hybride | Hybrid

IMPLANTS À POSER | IMPLANTS TO BE PLACED:

Numéro de dent | Tooth #s: _____

Fabricant et système d'implant | Implant Manufacturer & System: _____

CONSIDÉRATIONS CHIRURGICALES | SURGICAL CONSIDERATIONS:
 Sinus Lift | Élévation sinusale Graft | Greffe Extractions # _____

INSTRUCTIONS SPÉCIALES / SPECIAL INSTRUCTIONS

Signature: _____

Licence # _____

Payable dans les 30 jours suivant la réception de votre état de compte. | Payable within 30 days of receiving your statement.