Ziacor® RealAligner

PRESCRIZIONE MEDICA

Tfno.: +34 91 291 84 73
info@ziacor.com - www.ziacor.com

Tfno. *Real*Aligner: +34 91 291 84 73
info@*realaligner.com* - *www.realaligner.com*

Ziacor CAD-CAM SLU
Calle Búhos, 2 · 28320 Pinto - Madrid - ESPAÑA
C.I.F.: B-87402376 | VAT No.: ESB-87402376

Ordine di lavoro: _____
(Da compilare a cura di Ziacor®)

*DATI OBBLIGATORI PER L'ESECUZIONE DEL LAVORO

DATI DELLA CLINICA

* Nome della clinica
* Medico
* N. di iscrizione all'Albo
* Data di invio
Schede

DATI DEL PAZIENTE DELLA CLINICA

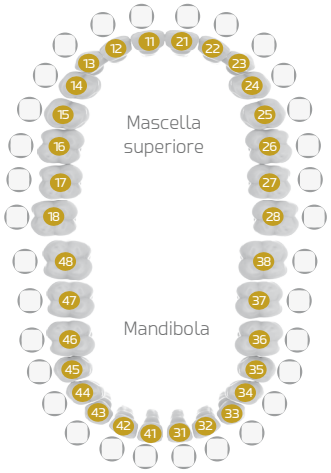
* **N. cartella clinica**
Età Uomo ◯ Donna ◯

Descrizione della prescrizione

IMPORTANTE: indicare l'impianto (produttore, modello e piattaforma) che si desidera riabilitare. Nei casi di riabilitazione multipla è necessaria la solidarizzazione del transfer da impronta.

* **Impianto**
* **Modello** * **Piattaforma**
* **Tipo di lavoro:**
* **Tipo di finitura:** * Corona singola ◯ * Ponte ◯ * Stratificato ◯ * Monolitico ◯
* **Tipo di prova:** * Finito ◯

Odontogramma



Area di caratterizzazione

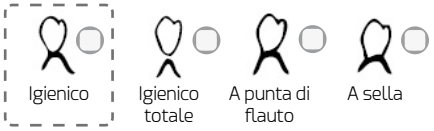
* **Colore**

* **Materiale e processo della protesi richiesta**

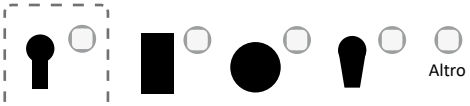
- ◯ Zirconia traslucida
- ◯ Zirconia extra-traslucida multistrato
- ◯ Cr-Co fresato
- ◯ Resina
- ◯ Cr-Co sinterofresato
- ◯ Titanio
- ◯ PMMA
- ◯ PEEK
- ◯ IPS e.max fresato
- ◯ Nano-composito
- ◯ Scheletrato

IMPORTANTE: selezionare uno dei materiali

Design del pontico



Design della barra



IMPORTANTE: in caso di mancata indicazione di un tipo di design specifico, verrà applicato quello predefinito.

OSSERVAZIONI (Componenti inviati)

IMPORTANTE: le viti e gli analoghi devono essere inviati in buono stato per poter realizzare il lavoro.

◯ Desidero ricevere la revisione del progetto per iscritto; ho già fornito la mia approvazione tramite un altro mezzo.

◯ Desidero confermare il preventivo per iscritto; ho già fornito la mia approvazione tramite un altro mezzo.

NOTA: nel caso in cui il cliente selezioni una delle caselle precedenti, Ziacor CAD-CAM SLU invierà al cliente sia i progetti sia i preventivi a titolo informativo e procederà all'esecuzione del lavoro solo dopo aver ricevuto la conferma del cliente relativamente alle opzioni selezionate.

FIRMA

Protezione dei dati. **TITOLARE DEL TRATTAMENTO:** Ziacom Medical Group, S.L. **FINALITÀ:** Gestire ed eseguire il rapporto contrattuale o commerciale sottoscritto tra le parti, nonché le attività ad esso connesse. **BASE GIURIDICA:** Esecuzione di un contratto o applicazione di misure precontrattuali (art. 6.1.b GDPR) e, se del caso, legittimo interesse del titolare (art. 6.1.f GDPR). **DESTINATARI:** Società del Gruppo Ziacom e terzi quando necessario per adempiere obblighi legali o contrattuali. **TRASFERIMENTI INTERNAZIONALI:** Non sono previsti trasferimenti di dati al di fuori dello Spazio Economico Europeo, salvo quelli consentiti ai sensi del GDPR. **CONSERVAZIONE:** Per la durata del rapporto contrattuale o commerciale e successivamente per i termini previsti dalla legge. **DIRITTI:** È possibile esercitare i propri diritti scrivendo a **juridico@ziacom.es** o all'indirizzo postale del titolare. Ulteriori informazioni su **www.ziacom.com/politica-de-privacidad**.

ZCR-DI-M-0301-A-Rev-18 - Ziacor® All rights reserved

IMQ CERTIFIED