

Sofern Sie das Modell nur für
Testzwecke zuschicken,
etikettieren Sie es bitte mit dem Hinweis
"MODEL ONLY USED FOR QC TESTING".

ES HEALTHCARE QMS RF 2250-01-D 1/2
 ISUS BY COMPARTIS BESTELLMFORMULAR VERSION: 1
 REV. DATUM.: 01-JUL-2010

LABOR INFORMATION

Name des Labors: Faxnummer:
 Adresse: E-mail:
 PLZ + Ort: Steuernummer:
 Land: Kontakt:
 Telefonnummer:

BESTELLDATEN

Kundenname /-code: Patientenname /-code:

BITTE SENDEN SIE DIE FOLGENDEN KOMPONENTEN ZU IHREM ISUS SCAN- UND DESIGNCENTER*

* Fehlende Informationen zu Ihrem Patientenfall können zu einer Verzögerung Ihres Auftrages führen

NOTWENDIGE INFORMATIONEN	OPTIONALE INFORMATIONEN	# Anzahl der gelieferten Arbeitsunterlagen
<input type="checkbox"/> Vollständig ausgefülltes Bestellformular	<input type="checkbox"/> Kunststoff/Wachs Modell:
<input type="checkbox"/> Gipsmodell mit Laboranalogen**	<input type="checkbox"/> Original Laboranalog:
<input type="checkbox"/> Gingiva Maske	<input type="checkbox"/> Original Abutmentschraube(n) (mit Ref. Nummer):
<input type="checkbox"/> Diagnostisches wax-up	<input type="checkbox"/> Abutment(s):
	<input type="checkbox"/> Attachment(s):
	<input type="checkbox"/> Matrize (mit Ref. Nummer):
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

** Bitte benutzen Sie ausschließlich neuwertige Laboranaloge. Beschädigte Laboranaloge können zu einer Verzögerung oder zu einer Fehlpassung Ihres Auftrages führen.

BESONDERE ISUS DIENSTLEISTUNG

PATIENTENFALL INFORMATION

WERKSTOFF	EBENE	SCANNEN	DESIGNING
<input type="checkbox"/> Titan	<input type="checkbox"/> Implantat Ebene	<input type="checkbox"/> @ durch Ihr Labor	<input type="checkbox"/> @ durch Ihr Labor
<input type="checkbox"/> Kobalt-Chrom	<input type="checkbox"/> Abutment Ebene	<input type="checkbox"/> @ E.S. Healthcare	<input type="checkbox"/> @ E.S. Healthcare
	<input type="checkbox"/> Kombination von Implantat und Abutment Ebene	<input type="checkbox"/> @ andere:	<input type="checkbox"/> @ andere:

IMPLANTAT SYSTEM (Angaben zur Plattform sind notwendig)* Anzahl der Implantate:

* Bitte benennen Sie das Implantatsystem, den Implantattyp und seinen Durchmesser

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Friadent Typ: | <input type="checkbox"/> Astra Typ: |
| <input type="checkbox"/> Straumann Typ: | <input type="checkbox"/> Camlog Typ: |
| <input type="checkbox"/> Nobel Biocare Typ: | <input type="checkbox"/> Zimmer Typ: |
| <input type="checkbox"/> 3I Typ: | <input type="checkbox"/> Andere Typen: |

BESTELLUNG FÜR

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Steg mit Attachements* | <input type="checkbox"/> Gefräster Steg mit Attachements** |
| <input type="checkbox"/> Brücke mit Gliedern* | <input type="checkbox"/> Gefräste Brücke mit Gliedern** |
| <input type="checkbox"/> Hybridstruktur mit Gliedern* | <input type="checkbox"/> Gefräste Hybridstruktur mit Gliedern** |

* Bitte beschreiben Sie die Details für Ihr Steg-, Brücken- oder Hybridstruktur-Design auf der zweiten Seite!

** Bitte ergänzen Sie die nachstehenden Fragen

FRÄSEN VON VORMODELLIERTE STRUKTUREN

- | | | |
|--|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hochglanz poliert | <input type="checkbox"/> Basal | Möchten Sie eine Design-Ansicht (3D) erhalten? |
| <input type="checkbox"/> Lingual/Palatinal | | <input type="checkbox"/> Ja |
| | | <input type="checkbox"/> Nein |



