DANE PRACOWNI
logo, nazwa, adres, telefon, e-mail

ZLECENIE DO PRACOWNI PROTETYCZNEJ

Wyrób medyczny wykonany na zamówienie

Nr zlecenia *wypełnia pracownia* _____ **Data przyjęcia** *wypełnia pracownia* __.__.20__

1 GABINET I LEKARZ

Gabinet (nazwa) * _____

Adres / miasto _____

Lekarz (imię i nazwisko) * _____

Nr prawa wykonywania zawodu _____

Telefon do lekarza * *w sprawie tej pracy* _____

E-mail _____

2 PACJENT

Imię i nazwisko *lub* **inicjały i nr karty *** _____

Wiek _____ **Płeć** ☐ K ☐ M

Alergia / nietolerancja materiału * ☐ brak ☐ tak, jaka: _____

Wystarczą inicjały i numer karty pacjenta w gabinecie. Pracownia nie potrzebuje PESEL-u ani adresu.

3 RODZAJ PRACY *

☐ **praca tymczasowa**

STAŁE
☐ korona ☐ licówka ☐ korona na implancie
☐ most ☐ inlay / onlay ☐ most na implantach
☐ wkład koronowo-korzeniowy

RUCHOME I INNE
☐ proteza całkowita ☐ naprawa / podścielenie
☐ proteza częściowa ☐ szyna
☐ proteza szkieletowa ☐ inne: _____

4 ZĘBY (NUMERACJA FDI) *

Wpisz w kratkę: **X** — ząb do odbudowy / filar · **P** — przęsło · **I** — implant · **/** — brak zęba

PRAWA STRONA

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

LEWA STRONA

Cały łuk
☐ górny (01)
☐ dolny (02)

5 MATERIAŁ *

☐ tlenek cyrkonu monolityczny
☐ tlenek cyrkonu licowany
☐ dwukrzemian litu
☐ PMMA / kompozyt (tymczasowe)
☐ akryl
☐ szkielet CoCr
☐ wybór pracowni
☐ metaloceramika — stop: _____ ☐ inny: _____

6 KOLOR

* skala i kolor przy pracy estetycznej

Skala * ☐ VITA classical ☐ VITA 3D-Master
☐ inna: _____ **Zdjęcie koloru** *dołączone* ☐ tak ☐ nie
Kolor * _____ **Kolor kikuta** _____
Charakteryzacja _____

7 MATERIAŁ WYJŚCIOWY I ZAŁĄCZNIKI *

☐ **Wycisk** masa: ☐ silikon A ☐ silikon C ☐ polieter ☐ alginat Zdezynfekowany: ☐ tak, środek: _____

☐ **Skan wewnątrzustny** skaner / system: _____ przesłany przez: _____

☐ łuk przeciwstawny (wycisk / skan / model) ☐ rejestrat zgryzu

☐ model ☐ łyżka indywidualna ☐ zdjęcia ☐ stara proteza ☐ inne: _____

IMPLANTY — wypełnić przy pracy na implancie

System / producent implantu _____ **Dołączono** ☐ transfer ☐ skanbody ☐ analog

Średnica platformy _____ **Łącznik** ☐ standardowy ☐ indywidualny **Mocowanie** ☐ przykręcane ☐ cementowane

8 TERMINY I PRZYMIARKI

Data wysłania __.__.20__ **Termin oddania gotowej pracy *** __.__.20__ **Wizyta pacjenta** *(oddanie / cementowanie)* __.__.20__

Przymiarka ☐ podbudowa / konstrukcja ☐ biskwit ☐ zęby w wosku ☐ łyżka / wzornik zwarciowy

__.__.20__ __.__.20__ __.__.20__ __.__.20__

9 UWAGI SZCZEGÓLNE

☐ **Proszę o kontakt przed rozpoczęciem pracy**

np. bruksizm, przebieg granicy preparacji, oczekiwania pacjenta, prośba o kontakt

Data __.__.20__

Podpis i pieczątka lekarza *

* pole obowiązkowe. Zlecenie jest pisemnym zamówieniem wyrobu medycznego wykonanego na zamówienie dla wskazanego pacjenta (rozporządzenie (UE) 2017/745, art. 2 pkt 3). Pracownia dołącza do pracy oświadczenie zgodnie z załącznikiem XIII. Dane pacjenta służą wyłącznie wykonaniu zlecenia. Wycisk przed wysłaniem zdezynfekuj i opisz.