

# DenMat Italia LumiSmile Form



NOME E COGNOME DEL MEDICO \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

NOME E COGNOME DEL PAZIENTE \_\_\_\_\_

ALLEGARE FOTO FRONTALE DEL SORRISO SCOPRENDO BENE

I COLLETTI (\*VEDI ESEMPI SUL RETRO)

INVIARE LA FOTO INSIEME AL MODULO COMPILATO A:

**lumismiledmi@gmail.com**

BARRARE IL SERVIZIO RICHIESTO:

- ALLINEAMENTO (Ortodonzia Invisibile):
- ARCATA SUPERIORE  ARCATA INFERIORE  ENTRAMBE
- SBIANCAMENTO:  SI  NO









TIMBRO E FIRMA \_\_\_\_\_


BARRARE IL SERVIZIO RICHIESTO:

- LUMINEERS:  ARCATA SUPERIORE  ARCATA INFERIORE  ENTRAMBE

COLORE  A1  B1  A0  B0  OM1  A2

BARRARE LO STILE TRA QUELLI ELENCATI NELLA TABELLA IN BASSO:

| ROUND CUSPIDS  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <br><input type="checkbox"/> R4<br>Centrals - Square-round<br>Laterals - Square-round<br>Cuspids - Round    | <br><input type="checkbox"/> R5<br>Centrals - Square-round<br>Laterals - Round-round<br>Cuspids - Round    | <br><input type="checkbox"/> R6<br>Centrals - Round-round<br>Laterals - Round-round<br>Cuspids - Round    | <br><input type="checkbox"/> R2<br>Centrals - Square-square<br>Laterals - Square-round<br>Cuspids - Round    |
| POINTED CUSPIDS  |   |  |   |
| <br><input type="checkbox"/> P4<br>Centrals - Square-round<br>Laterals - Square-round<br>Cuspids - Pointed | <br><input type="checkbox"/> P5<br>Centrals - Square-round<br>Laterals - Round-round<br>Cuspids - Pointed | <br><input type="checkbox"/> P6<br>Centrals - Round-round<br>Laterals - Round-round<br>Cuspids - Pointed | <br><input type="checkbox"/> P2<br>Centrals - Square-square<br>Laterals - Square-round<br>Cuspids - Pointed |



ESEMPI DI FOTO DA ALLEGARE

