

Auftragsnummer

(wird von FORESTADENT ausgefüllt)

Accusmile® Freigabeformular

Behandler

Name | Kundenname:

KdNr.:

(falls zur Hand)

Adresse:

Telefon | Fax:

E-Mail:

Lieferadresse:

(falls abweichend)

Patientennamen | Patient ID:

Hiermit gebe ich folgenden Druck bzw. die Herstellung für diesen Behandlungsfall frei:

☐ Modelldruck ☐ OK ☐ Komplettdruck
☐ UK ☐ Teildruck von Setups ____ bis ____ *

☐ Aligner ☐ OK ☐ Komplettherstellung
☐ UK ☐ Teilherstellung von Aligner ____ bis ____ *

Folienstärke

☐ 0,8
☐ 1,0
☐ beide

*Bitte erinnern Sie mich an die nächste Herstellung weiterer Modelldrucke/Aligner

Datum

Notiz:

Mit der Unterschrift wird die erfolgreiche Prüfung und Freigabe zum 3D Druck bestätigt. Bei der Prüfung wurden die medizinischen Indikationen sowie die bekannten Grundregeln der kieferorthopädischen Behandlung für diesen Patientenfall beachtet. Ein evtl. Behandlungsvorschlag von FORESTADENT wurde vom Labortechniker erstellt und muss daher klinisch überprüft werden. Die Auslieferung der Drucke erfolgt nur nach klinischer Freigabe, welche uns schriftlich vorliegen muss.

Datum | Ort

Unterschrift (Behandler)

Bitte faxen Sie das unterschriebene Formular an: +49 7231 459 102 oder senden Sie es uns eingescannt per E-Mail an: accusmile@forestadent.com