



Пациент _____ (фамилия, инициалы) Возраст _____

Дата снятия оттисков/сканирования ___ / _____ 2026 г. Дата снятия КТ ___ / _____ 2026 г.

Дата желаемой доставки ___ / _____ 2026 г.

Заполняется в лаборатории

№ Счета _____ Код работ _____

Выберите услугу:

- Моделирование и изготовление комплекта элайнеров FitFree
(в услугу входит 3D планирование с визуализацией корней по КТ)
- 3D-планирование лечения (отдельно)
- 3D-планирование лечения с визуализацией корней по КТ (отдельно)

Зубная дуга, подлежащая лечению

- Обе ВЧ НЧ

Загрузка сканов

Загрузка 3D файлов
Вставить ссылку для скачивания архива в облаке

- Будут отправлены физические слепки

Загрузка фотографий (фотопротокол)

Вставить ссылку для скачивания архива в облаке

Загрузка компьютерной томограммы

Вставить ссылку для скачивания архива в облаке

Клинические условия

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Скученность | <input type="checkbox"/> Вертикальная резцовая дизокклюзия | <input type="checkbox"/> Протрузия |
| <input type="checkbox"/> Тремы | <input type="checkbox"/> Обратное перекрытие в области резцов | <input type="checkbox"/> Щель по саггитали |
| <input type="checkbox"/> Класс II подкласс 1 | <input type="checkbox"/> Перекрестная окклюзия в боковых отделах | <input type="checkbox"/> Ассиметричная улыбка |
| <input type="checkbox"/> Класс II подкласс 2 | <input type="checkbox"/> Глубокое резцовое перекрытие | <input type="checkbox"/> Зубы неправильной формы |
| <input type="checkbox"/> Класс III | <input type="checkbox"/> Сужение зубных дуг | <input type="checkbox"/> Другое |

Ограничения движения зуба

- Без ограничений (перемещать все зубы) Эти конкретные зубы не должны перемещаться



! Врач несет полную ответственность за проведение и интерпретацию рентгенограммы и других диагностических данных

Аттачменты

- Установите аттачменты как необходимо Не устанавливать аттачменты на эти зубы



Соотношение в саггитальной плоскости

Справа

- Оставить без изменений
 Изменить только по клыкам
 Изменить по клыкам и молярам

За счет чего

- Последовательная дистализация
 Мезиализация
 Сепарация

Соотношение верхних резцов

- Не менять
 Протрузия (Торк)
 Ретрузия (Торк)
 Протракция (Корпусно)
 Ретракция (Корпусно)
 Ориентир на зубы _____
(указать номер(а) зуба(ов))

Слева

- Оставить без изменений
 Изменить только по клыкам
 Изменить по клыкам и молярам

- Удаление отдельно стоящих зубов
 Ортогнатическая хирургия

Соотношение нижних резцов

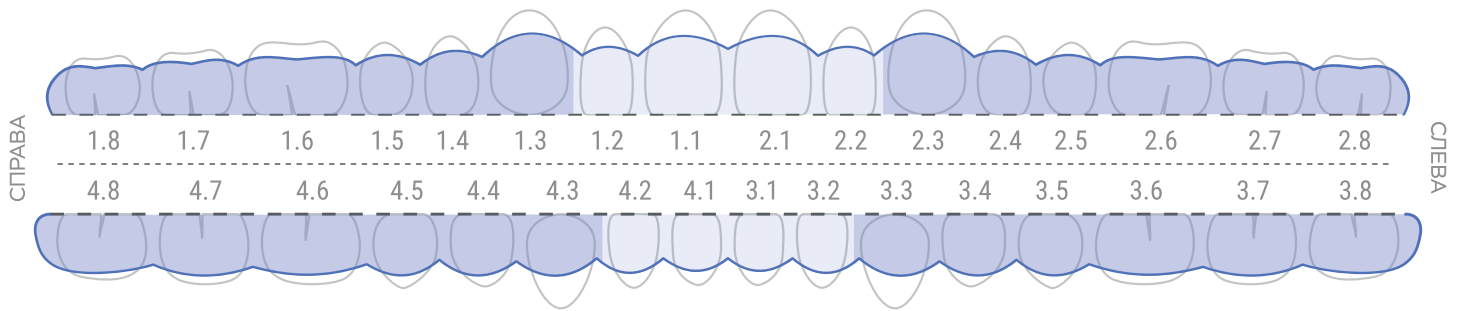
- Не менять
 Протрузия (Торк)
 Ретрузия (Торк)
 Протракция (Корпусно)
 Ретракция (Корпусно)
 Ориентир на зубы _____
(указать номер зуба)

Щель по саггитали

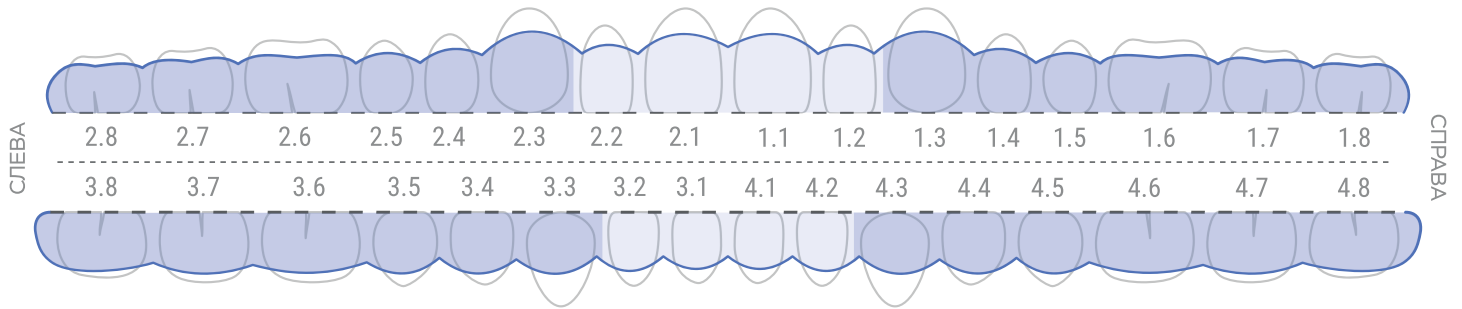
- Оставить без изменений Другое

Элементы для межчелюстной тяги

Вестибулярная поверхность



Лингвальная поверхность



1  Вырез для кнопки

2  Крючок для межчелюстной тяги

3  Крючок для межчелюстной тяги

Соотношение в вертикальной плоскости

Коррекция глубокого резцового перекрытия

Оставить без изменений

За счет интрузии фронтальных зубов

ВЧ

НЧ

За счет экстррузии боковых зубов

ВЧ

НЧ

Накусочные площадки

На усмотрение лаборатории

На резцах

Не нужно

На клыках

Соотношение в трансверсальной плоскости

Средняя линия ВЧ

Оставить без изменений

Смещение вправо у пациента

Смещение влево у пациента

Средняя линия НЧ

Оставить без изменений

Смещение влево у пациента

Смещение вправо у пациента

Перекрестная окклюзия в боковых отделах

Не исправлять

Скорректировать

Тремы и скученность

Тремы

Закрыть промежутки

Сохранить / создать промежутки



Устранение скученности на ВЧ

Расширение	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> По усмотрению лаборатории	<input type="checkbox"/> Да
Протрузия	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> По усмотрению лаборатории	<input type="checkbox"/> Да
IPR перед. сегмента	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> По усмотрению лаборатории	<input type="checkbox"/> Да
IPR бок. прав. сегмента	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> По усмотрению лаборатории	<input type="checkbox"/> Да
IPR бок. лев. сегмента	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> По усмотрению лаборатории	<input type="checkbox"/> Да

Устранение скученности на НЧ

Расширение	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> По усмотрению лаборатории	<input type="checkbox"/> Да
Протрузия	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> По усмотрению лаборатории	<input type="checkbox"/> Да
IPR перед. сегмента	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> По усмотрению лаборатории	<input type="checkbox"/> Да
IPR бок. прав. сегмента	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> По усмотрению лаборатории	<input type="checkbox"/> Да
IPR бок. лев. сегмента	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> По усмотрению лаборатории	<input type="checkbox"/> Да

Удаления

Без удаления Отметьте зубы планируемые к удалению



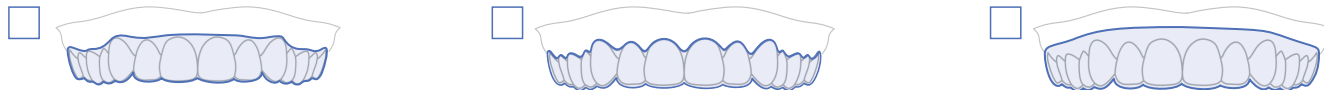
Отметьте удалённые зубы



Планируемое место установки микроимпланта (минивинт)

- Не планирую
- На усмотрение лаборатории
- Планирую (опишите детально планируемые места установки)

Выберите вариант обрезки элайнеров



Укажите границы элайнеров:

На ВЧ _____ | _____ На НЧ _____ | _____

Особые инструкции:

Обязательно к заполнению

Врач _____
(фамилия, инициалы)

Телефон _____

Плательщик _____

Подпись _____ / _____
(расшифровка)

Организация _____

Адрес доставки работы _____
(указать название клиники и адрес)

E-mail _____



- 1. Почтовый адрес для отправки материалов по заказу: 107023, г. Москва, ул. Буженинова, д. 30, стр. 3, 000 «Фортекс-Т»
- 2. Телефон: +7 (495) 955-92-29, +7 (903) 270-32-23
- 3. Эл. почта: lab@pumpragroup.ru