

# Formulario de orden de trabajo BellaTek®



Nombre de cuenta: \_\_\_\_\_  
 Código postal de prescripción: \_\_\_\_\_  
 Laboratorio/cliente: \_\_\_\_\_  
 Referencia del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección del cliente: \_\_\_\_\_  
 Enviar a: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

### ¿Necesita revisión del diseño?

Sí  No

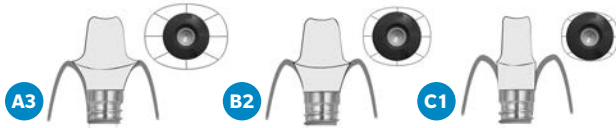
En caso afirmativo, introduzca la dirección de correo electrónico a continuación:

### Opciones de desplazamiento del tejido

Desplazamiento del tejido anatómico

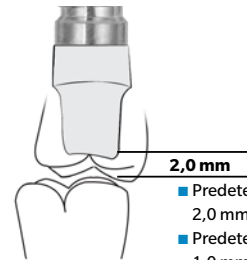
Con blanqueo Desplazamiento de tejido moderado

Sin blanqueo mínimo desplazamiento de tejido (predeterminado)



**Pilar de cicatrización** - círculo negro **Margen** - línea gris exterior  
 La opción 3 puede necesitar ajuste y alivio del tejido para la colocación.

### Espacio



2,0 mm

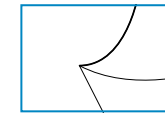
- Predeterminado para **Arcada posterior**: 2,0 mm
- Predeterminado para **Arcada anterior**: 1,0 mm

### Diseño del margen

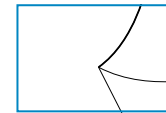
■ **Hombro (predeterminado)**



■ **Chamfer**



■ **Filo de cuchillo**



Implante		Tipo de pilar	Colocación marginal				Diseño del margen			Desplazamiento del tejido	Espacio del pilar definitivo		
N.º de pieza	Tipo de implante		(Seleccione Supra o Sub al escoger los márgenes)				Hombro (predeterminado)	chamfer	filo de cuchillo		Seleccione entre las 3 opciones de diseño.		Mín.
		<input type="checkbox"/> Aplique la misma configuración para todos los pilares.				A3				B2	C1		
		Diámetro de la plataforma (mm)	Titanio*	Vestibular	Distal	Mesial	Lingual						
				<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Alineado	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Alineado	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Alineado	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Alineado						
				<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Alineado	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Alineado	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Alineado	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Alineado						
				<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Alineado	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Alineado	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Alineado	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Alineado						
				<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Alineado	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Alineado	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Alineado	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Alineado						
				<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Alineado	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Alineado	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Alineado	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Alineado						
				<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Alineado	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Alineado	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Alineado	<input type="checkbox"/> Supra <input type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Alineado						

\* Si no se selecciona el tipo de pilar, el predeterminado es de titanio.

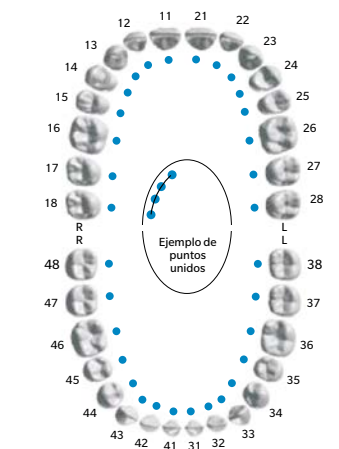
### Instrucciones especiales:

La información que nos suministre será usada por Zimmer Biomet o por sus filiales con fines administrativos y de tramitación, de acuerdo con la legislación de protección de datos vigente. Zimmer Biomet o sus filiales cumplirán sus correspondientes obligaciones en virtud de las disposiciones de las leyes de protección de datos nacionales y europeas vigentes, incluidas, entre otras, las relativas a los derechos del consumidor como sujeto de los datos. No está permitido facilitar los datos de ningún paciente cuando no lo exija la ley. Todos los datos de los pacientes serán desidentificados de acuerdo con los requisitos legales aplicables. Visite el sitio web de Zimmer Biomet para obtener información sobre la política de privacidad de Zimmer Biomet, así como sobre los datos de contacto para formular preguntas, quejas o reclamaciones acerca de dicha política o acerca de la recopilación, el uso, la divulgación, la transferencia, el acceso o la renuncia a los usos de los datos personales.

Salvo que se indique lo contrario, tal y como se menciona en el presente documento, todas las marcas comerciales son propiedad de Zimmer Biomet, y todos los productos son fabricados por una o más de las filiales dentales de Zimmer Biomet Holdings, Inc., y distribuidos y comercializados por Zimmer Biomet Dental (y, en el caso de la distribución y la comercialización, por sus socios comercializadores autorizados). Si desea información adicional sobre un producto, consulte el prospecto o las instrucciones de uso de dicho producto concreto. La autorización y la disponibilidad del producto pueden estar limitadas en determinados países/regiones. Este material está destinado exclusivamente a clínicos, y no incluye asesoramiento ni recomendaciones de carácter médico. Está prohibido copiar o reimprimir este material sin el consentimiento expreso por escrito de Zimmer Biomet Dental. ZB0200ES REVA 06/17 ©2017 Zimmer Biomet. Todos los derechos reservados.

### Pilares paralelos

Una los puntos azules para pilares paralelos.



### Restauraciones ferulizadas

Una los puntos azules para restauraciones ferulizadas.

### Certificación (al presentar este Formulario de orden de trabajo certifica usted lo siguiente):

- La información incluida es correcta y los materiales presentados han sido revisados y no contienen metal.
- Todos los elementos que hayan tenido contacto con el entorno oral han sido descontaminados.
- He revisado las instrucciones aplicables (INST1079, INST1080, INST1120, INST1147, INST1156, INST1161) para este producto.
- En nombre del dentista (si no es el dentista), que el tejido blando ha madurado y cicatrizado completamente.

### El presente formulario autoriza lo siguiente:

- Fabricación de pilares específicos para el paciente.
- Colocación de análogos.
- Modificación de modelos de trabajo que no corresponden a las directrices aplicables.