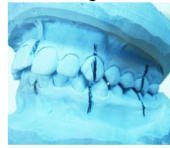


## Что нужно для заказа изилайнеров:



### I. Прислать нам диагностические гипсовые модели пациента.

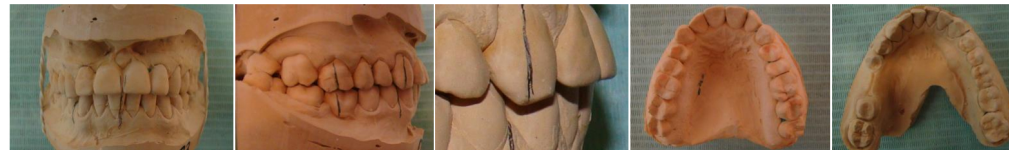


1.1 Начертить на модели: линию смыкания клыков; линию смыкания 1-х моляров; центральную линию.

Прислать почтовой службой «Новая почта» или аналогичной гипсовые модели по адресу:

СП «Промед», ул. Лысенко, 4, оф. 60  
г. Киев, Украина, 01030, тел. +38 050 402 09 10

Вместо моделей можно выслать их фотографии



### 1.2 Заполнить бланк заявки:

1. Доктор 2. Пациент 3. Пол 4. Возраст 5. Лечить: ВЧ НЧ (нужное подчеркнуть)  
6. Какие зубы перемещать 7. Какие зубы перемещать нельзя (имплантаты/мосты/коронки)  
8. Согласен пациент на сепарацию ДА НЕТ (подчеркнуть) 9. Гиперчувствительность зубов ДА НЕТ (подчеркнуть) 10. Согласен пациент на удаление ДА НЕТ (подчеркнуть) 11. Жалобы пациента со стороны ВНЧС ДА НЕТ 12. Закрывать все промежутки ДА или оставить под РЕСТАВРАЦИЮ, ПРОТЕЗИРОВАНИЕ 13. Проводить коррекцию ЦЛ на ВЧ ДА НЕТ 14. Обязательно выравнивать ЦЛ на ВЧ и НЧ 15. Проблемы с тканями пародонта ДА/НЕТс 16. Комментарии 17. Телефон 18. ел. адрес

**В течение 5 рабочих дней мы сможем определить: показан ли ваш случай лечению по технологии Easy Align, определить ориентировочное количество изилайнеров, срок и стоимость лечения. Данная процедура бесплатная, вы платите только за пересылку моделей.**

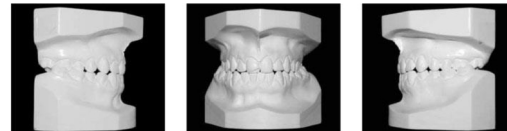
**II.** Оплатить 103 евро за сканирование, диагностику, составление плана лечения и моделирование конечного результата лечения.

**Внимание акция!** При дальнейшем заказе изилайнеров – 48 евро возвращается.

**III.** Прислать на адрес [td@promed.ua](mailto:td@promed.ua) заявку с просьбой установить на ваш компьютер бесплатную программу для просмотра виртуальных 3D моделей.

### IV. Прислать почтовой службой гипсовые модели по адресу:

СП «Промед», ул. Лысенко, 4, оф. 60, г. Киев, Украина, 01030, тел. +38 050 402 09 10



(оттиск снять, используя силиконовую оттискную массу (база и корректор). Модель изготовить из супергипса, включая доколь, который не должен превышать 3 см в высоту. Вышлите прикусной блок и отметьте маркером центральную линию.

Оставьте десневой край не менее 10 мм.

V. Прислать на электронную почту [td@promed.ua](mailto:td@promed.ua):

+ внеротовые фотографии



+ внутриворотные фотографии



+ ортопантограмму



VI. Заполнить и выслать на электронную почту [td@promed.ua](mailto:td@promed.ua)

«[Бланк заказа на виртуальное 3Д моделирование](#)»\*

**В течение 7 рабочих дней вы получите виртуальную 3D модель отмоделированного конечного результата лечения. Вам сообщат точное количество изилайнеров и их стоимость. Вы можете поручить нам изменить план лечения.**

**VII.** Оплатить 5 изилайнеров (75 евро) на каждую челюсть.

**VIII.** Если показана сепарация зубов отсепарируйте зубы, оплатите 15 евро и вышлите нам модели отсепарированных зубов (требования в п. IV). Если вы уверены в точности сепарации можно пропустить данный пункт, однако в случае коррекции конечного результата дополнительные изилайнеры оплачиваются отдельно.

**IX.** В течение 14 рабочих дней мы вышлем вам первую партию изилайнеров (по 5 шт на каждую челюсть+1 постановочный).

**X.** За 10 дней до окончания ношения вашим пациентом первой партии изилайнеров оплатите следующие 5 изилайнеров за каждую челюсть и, если в процессе лечения произошли отклонения или вы решили поменять план лечения, вышлите нам контрольные модели (требования в п. IV).

**XI.** Выполняйте п IX до окончания лечения.

оплата в грн по курсу МВБ+2,5%

\* обязательно только в случае составления заказчиком самостоятельно плана лечения

Стоимость изилайнеров:

- первые 10 штук – 15 евро/шт **Акция!**

- следующие – 20 евро/шт



Представитель технологии **Easy Align** в Украине:  
СП «Промед», ул. Лысенко 4а, Киев, 01030, Украина  
(+38) 044 278-73-46, 044 278-64-76, 050 441 85 54,  
Ваш менеджер Ирина Кикоть +38 050 402 09 10

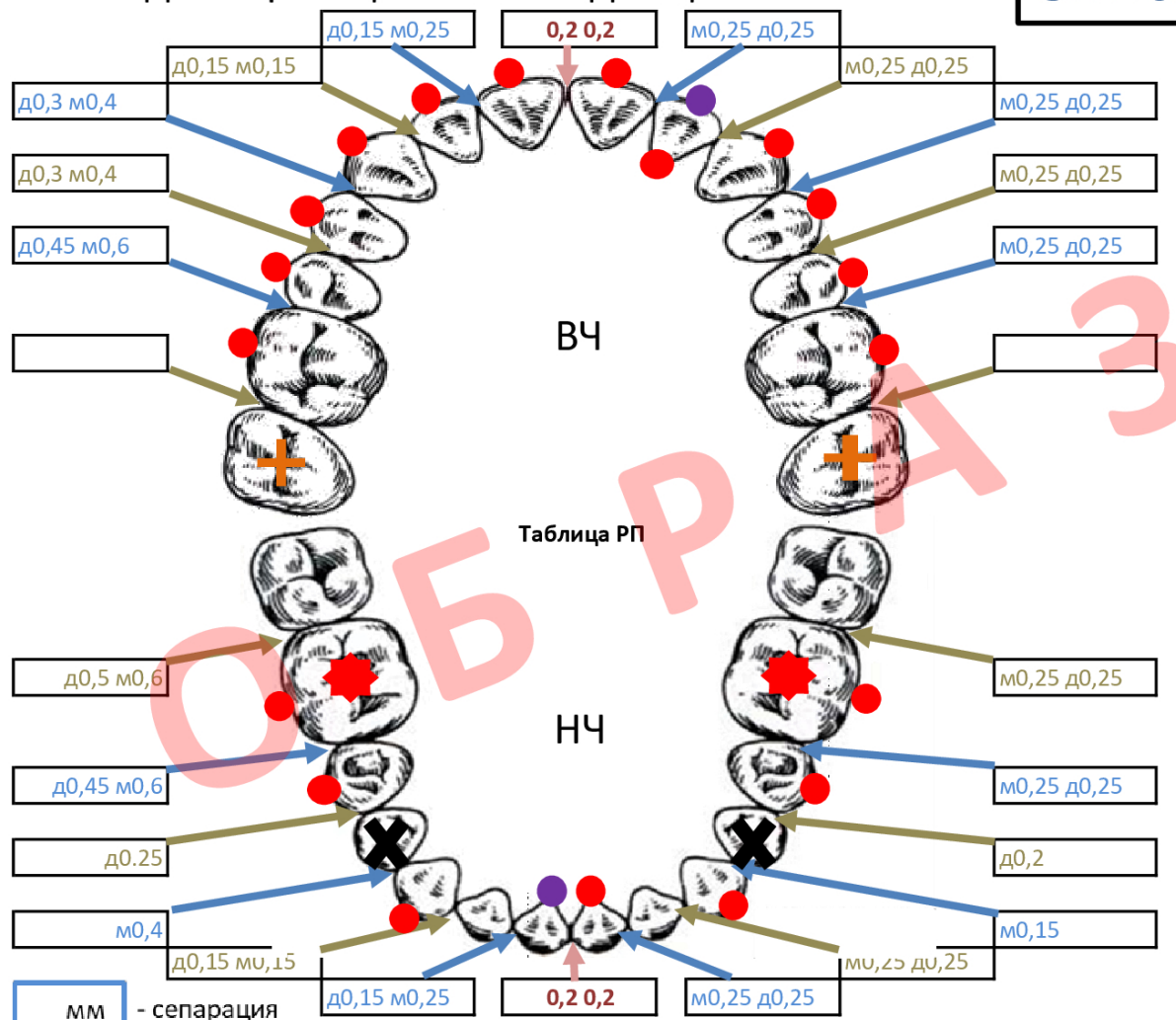


# Таблица манипуляций. 1 лист-таблица РП и сепарации



Идентификационный код пациента

UA 1 010 034



- - ретенционный пункт (РП)
- - заменяемый РП
- ✕ - удаление
- ✕ - разобщающая накладка на ИЛ
- ✶ - разобщающая накладка на зуб
- + - отсутствующий зуб
- ▬ - заслонка для языка
- ⊘ - миниимплантат
- ▬ - винт для дистализации
- ▬ - небный винт для расширения
- ▬ - винт для закрытия постэкстракционных промежутков

## ВНИМАНИЕ!

План лечения составлен по данным предоставленным заказчиком, в случае неполных или не достоверных данных мы не можем гарантировать правильность лечения.

- После использования 8 ИЛ для контроля лечения изготовить внутриротовые фотографии
- После использования 12 ИЛ изготовить диагностическую модель для контроля лечения
- Сепарация: В.Ч и Н.Ч. - перед ИЛ №1
- Дополнительная сепарация будет указана в следующей табл манипуляций.
- Величина сепарации не превышает 15% минимальной статистической толщины эмали. Пациенту рекомендовано назначить реминерализующую терапию.
- РН пришлифовать по прикусу во рту самостоятельно. Разобщение прикуса проводить под строгим контролем доктора.
- По требованию заказчика шаг перемещения был увеличен
- В качестве ретейнера рекомендуется использование изиретейнера (можете заказать у нас). Срок ношения, на ночь 12 мес

**Рекомендуемый срок ношения одного изилайнера -14 дней**

- ⤴ - усиливающая дуга
- ▬ - накусочный бампер

# Таблица манипуляций. 2 лист-таблица кнопок и эластиков

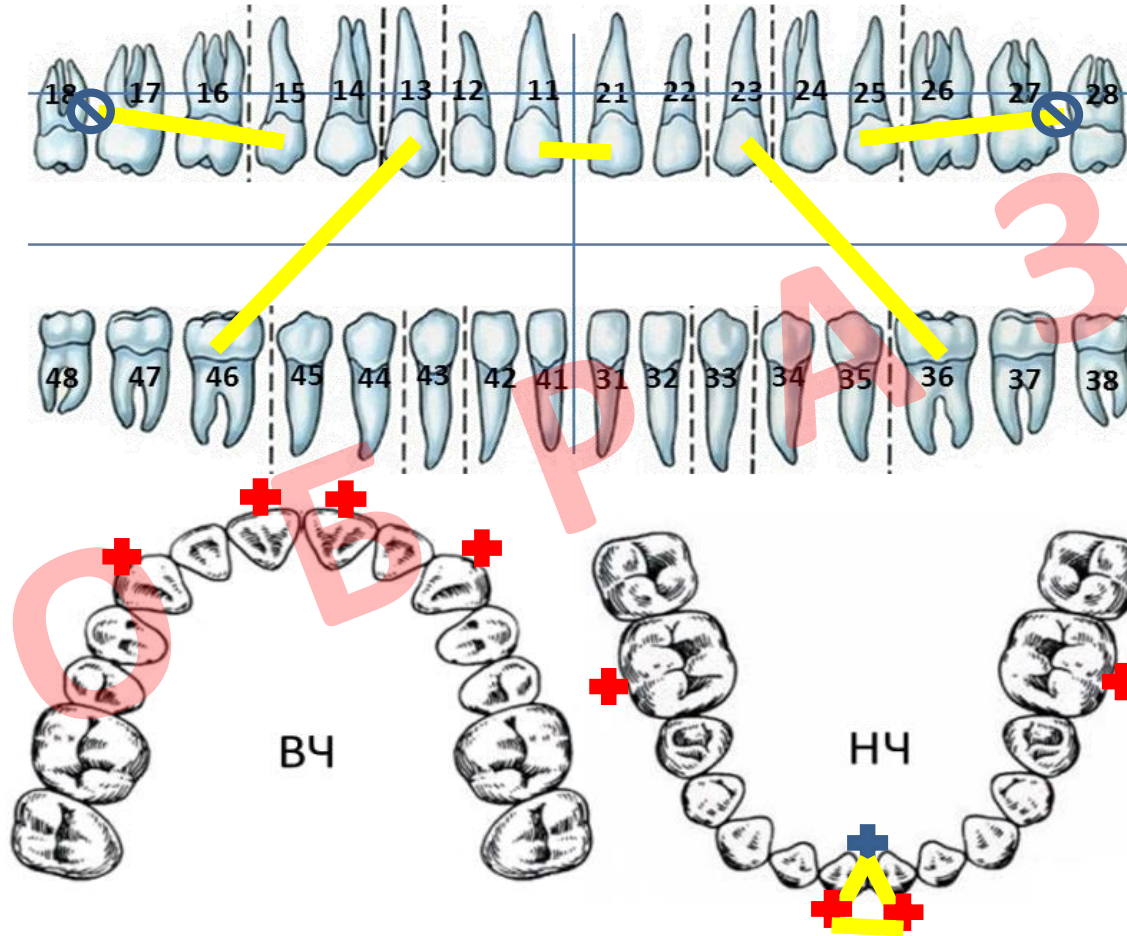
Идентификационный код пациента





UA 1 010 034

## ВНИМАНИЕ!

- Рекомендуемая замена эластиков - 3 раза в сутки
- Использовать эластики 100гр С
- Установить кнопки на соответствующие зубы перед установкой ИЛ № 18

Таблица кнопок и ЭК



-  — кнопка на ИЛ
-  — бондируемая кнопка
-  — эластик
-  - миниимплантат



1.Доктор \_\_\_\_\_ 2.Вы ортодонт **ДА** **НЕТ** (подчеркнуть)

3.Пациент \_\_\_\_\_ 4.Пол **М** **Ж** 5.Возраст \_\_\_\_\_ лет

6.Лечить ВЧ НЧ (нужное подчеркнуть) 7.Какие зубы перемещать ВСЕ только \_\_\_\_\_

8.Какие зубы перемещать нельзя (имплантаты/мосты/коронки) \_\_\_\_\_

9.Согласен пациент на сепарацию **ДА** **НЕТ** (подчеркнуть) 10.Гиперчувствительность зубов **ДА** **НЕТ** (подчеркнуть)

11.Согласен пациент на удаление **ДА** **НЕТ** (подчеркнуть) 12.Жалобы пациента со стороны ВНЧС **ДА** **НЕТ**

13.Закрывать все промежутки **ДА** или оставить под:  
РЕСТАВРАЦИЮ, ПРОТЕЗИРОВАНИЕ, ИМПЛАНТАТ (обязательно КТ) \_\_\_\_\_  
подчеркнуть указать какие промежутки оставить

14.Проводить коррекцию ЦЛ на ВЧ **ДА** **НЕТ** 15.Обязательно выравнивать ЦЛ на ВЧ и НЧ 16.Проблемы с тканями пародонта **ДА/НЕТ** 17.Будет ли возможность контролировать пациента каждые 1,5 мес **ДА** **НЕТ** 18.Комментарии (с обр. стороны)

19.Телефон \_\_\_\_\_ 20.ел. адрес \_\_\_\_\_



1.Доктор \_\_\_\_\_ 2.Вы ортодонт **ДА** **НЕТ** (подчеркнуть)

3.Пациент \_\_\_\_\_ 4.Пол **М** **Ж** 5.Возраст \_\_\_\_\_ лет

6.Лечить ВЧ НЧ (нужное подчеркнуть) 7.Какие зубы перемещать ВСЕ только \_\_\_\_\_

8.Какие зубы перемещать нельзя (имплантаты/мосты/коронки) \_\_\_\_\_

9.Согласен пациент на сепарацию **ДА** **НЕТ** (подчеркнуть) 10.Гиперчувствительность зубов **ДА** **НЕТ** (подчеркнуть)

11.Согласен пациент на удаление **ДА** **НЕТ** (подчеркнуть) 12.Жалобы пациента со стороны ВНЧС **ДА** **НЕТ**

13.Закрывать все промежутки **ДА** или оставить под:  
РЕСТАВРАЦИЮ, ПРОТЕЗИРОВАНИЕ, ИМПЛАНТАТ (обязательно КТ) \_\_\_\_\_  
подчеркнуть указать какие промежутки оставить

14.Проводить коррекцию ЦЛ на ВЧ **ДА** **НЕТ** 15.Обязательно выравнивать ЦЛ на ВЧ и НЧ 16.Проблемы с тканями пародонта **ДА/НЕТ** 17.Будет ли возможность контролировать пациента каждые 1,5 мес **ДА** **НЕТ** 18.Комментарии (с обр. стороны)

19.Телефон \_\_\_\_\_ 20.ел. адрес \_\_\_\_\_



1.Доктор \_\_\_\_\_ 2.Вы ортодонт **ДА** **НЕТ** (подчеркнуть)

3.Пациент \_\_\_\_\_ 4.Пол **М** **Ж** 5.Возраст \_\_\_\_\_ лет

6.Лечить ВЧ НЧ (нужное подчеркнуть) 7.Какие зубы перемещать ВСЕ только \_\_\_\_\_

8.Какие зубы перемещать нельзя (имплантаты/мосты/коронки) \_\_\_\_\_

9.Согласен пациент на сепарацию **ДА** **НЕТ** (подчеркнуть) 10.Гиперчувствительность зубов **ДА** **НЕТ** (подчеркнуть)

11.Согласен пациент на удаление **ДА** **НЕТ** (подчеркнуть) 12.Жалобы пациента со стороны ВНЧС **ДА** **НЕТ**

13.Закрывать все промежутки **ДА** или оставить под:  
РЕСТАВРАЦИЮ, ПРОТЕЗИРОВАНИЕ, ИМПЛАНТАТ (обязательно КТ) \_\_\_\_\_  
подчеркнуть указать какие промежутки оставить

14.Проводить коррекцию ЦЛ на ВЧ **ДА** **НЕТ** 15.Обязательно выравнивать ЦЛ на ВЧ и НЧ 16.Проблемы с тканями пародонта **ДА/НЕТ** 17.Будет ли возможность контролировать пациента каждые 1,5 мес **ДА** **НЕТ** 18.Комментарии (с обр. стороны)

19.Телефон \_\_\_\_\_ 20.ел. адрес \_\_\_\_\_