

RADguide

CIRUGIA GUIADA



RADMEDICA
Centros de radiología dental

Alta férula

Nombre de la clinica _____

Email de contacto _____

Teléfono del cirujano _____

Fecha de la cirugía

**Recordar que la fecha de la cirugía debe ser 10 días laborables antes o más desde la fecha de hoy.*

DD	MM	AAAA

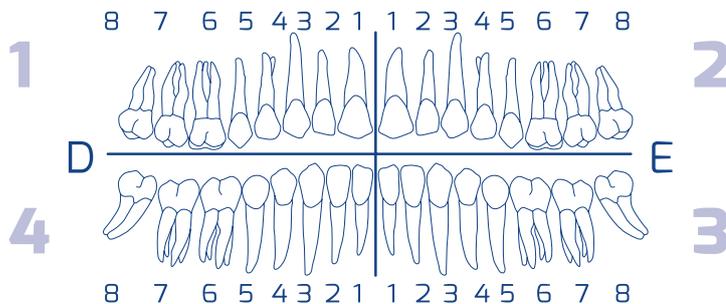
Nombre y apellidos del paciente _____

Indique el número total de implantes _____

Seleccionar arcada:

- Superior
 Inferior

Indique los implantes separados por comas



Localització o Zona a Visualitzar

Núm. diente

Indique los números de dientes separados por comas.

Extracción previa

Indique los números de implante con extracción previa separados por comas.

Implante inmediato

- Si Otro _____
 No _____



RADMEDICA
Centros de radiología dental

C. Pau Claris 178, 1º 2ª
08037 BARCELONA
T **93 467 53 80**

Ps. Manresa, 19-25 5è 1a
08201 Sabadell
T **930 49 09 69**

Rambla Nova, 37 4t A
43003 TARRAGONA
T **977 23 28 69**

C. del Migdia 37, 2º B
17002 GIRONA
T **872 55 01 50**

www.radmedica.es



whatsapp: 676 660 643

Marca y tipo de implante

Anillas

- Con anillas aportadas RADGuide
- Con anillas aportadas clínica dental
- Sin anillas

ENCERADO

Aportado por la clínica

Enviar archivos STL comprimidos (recomendamos .ZIP o .RAR) vía plataforma **SMASH** (<https://fromsmash.com/es>) o **WETRANSFER** (<https://wetransfer.com/>) a **tecnico@radmedica.es**

ESCÁNER

Aportado por la clínica

Enviar archivos STL comprimidos (recomendamos .ZIP o .RAR) vía plataforma **SMASH** (<https://fromsmash.com/es>) o **WETRANSFER** (<https://wetransfer.com/>) a **tecnico@radmedica.es**

DICOM

Aportado por la clínica

Enviar archivos DICOM comprimidos (recomendamos .ZIP o .RAR) vía plataforma **SMASH** (<https://fromsmash.com/es>) o **WETRANSFER** (<https://wetransfer.com/>) a **tecnico@radmedica.es**

Observaciones extra: _____

