



Sweden & Martina S.p.A.
Via Veneto, 10
35020 Due Carrare (PD), Italy



conseguenza.

Grazie al Patient Dental Passport qualsiasi odontoiatra sarà in grado di riconoscere la Sua soluzione implantare ed intervenire di conseguenza.

Le etichette uso paziente presenti nell'astuccio dell'impianto e nella confezione della protesi devono essere applicate negli appositi spazi.

Il presente Patient Dental Passport assicura che gli impianti e le componenti protesiche utilizzate per la Vostra soluzione implantoprotesica sono originali e corrispondono per qualità e tecnologia agli standard ISO 9001 e ISO 13485 e sono marcate CE in conformità al Regolamento (UE) 2017/745.

A partire dal 26 Maggio 2021 è obbligatoria da parte del medico la compilazione del presente Patient Dental Passport con i dati richiesti.

Qualità

Informazioni sulla sicurezza dell'imaging a risonanza magnetica

Questa persona ha un dispositivo medico impiantato Sweden & Martina e può sottoporsi in sicurezza a un esame di risonanza magnetica solo in condizioni molto specifiche. L'esecuzione della scansione in condizioni diverse può causare lesioni o il malfunzionamento del dispositivo.

Le informazioni complete sulla sicurezza in risonanza magnetica sono disponibili nel documento "MRI Safety Information", che può essere ottenuto e scaricato da ifu.sweden-martina.com.



Sweden & Martina S.p.A.
Via Veneto, 10
35020 Due Carrare (PD), Italy
Tel. +39.049.9124300
info@sweden-martina.com
www.sweden-martina.com

Sweden & Martina Mediterranea S.L. - España
info.es@sweden-martina.com

Sweden & Martina Lda - Portugal
info.pt@sweden-martina.com

Sweden Martina România srl - România
info.ro@sweden-martina.com

Sweden & Martina Ltd - United Kingdom
info.uk@sweden-martina.com

Sweden & Martina Inc. - Distributor for U.S.
info.us@sweden-martina.com
www.sweden-martina.com

Sweden & Martina France Sarl - France
info.fr@sweden-martina.com



rev.09-26

DENTALPASSPORT

Materiali

Gli impianti dentali Sweden & Martina sono prodotti in titanio medicale di Gr. 4 (ASTM F-67), in quanto la ricerca scientifica ha dimostrato l'assoluta biocompatibilità di questo metallo con i tessuti umani, condizione imprescindibile al fine di ottenere l'integrazione dell'impianto con l'osso circostante. L'impegno dell'azienda nella ricerca di materie prime di altissima qualità, certificate dall'origine, permette al Suo dentista di scegliere sempre l'opzione migliore a seconda delle Sue necessità cliniche.

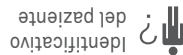
Indicazioni di cura e mantenimento

La durata negli anni di una riabilitazione implantologica è soggettiva, ma dipende in gran parte anche dal mantenimento di una buona igiene orale da parte del paziente, confermata durante i check-up e gli appuntamenti di controllo, che permettono di valutare tempestivamente l'insorgenza di eventuali perimplantiti.

Le suggeriamo di seguire sempre le indicazioni e le prescrizioni pre e post-operatorie del Suo implantologo e di rivolgersi a lui qualora avesse dubbi sul corretto svolgimento delle quotidiane operazioni di pulizia e cura.



Patient Dental Passport



Identificativo
del paziente

Indirizzo

Telefono



Timbro dello studio dentistico (nome e indirizzo)

MD

SN

LOT

UDI

IMPIANTO DENTALE

Applicare l'etichetta adesiva presente all'interno della confezione

Etichetta

POSIZIONE

31

DATA RIAPERTURA

VITE TRANSMUCOSA

DATA PROTESI

MD

SN

LOT

UDI

ABUTMENT

Applicare l'etichetta adesiva presente all'interno della confezione

Etichetta

Etichetta

MD

SN

LOT

UDI

IMPIANTO DENTALE

Applicare l'etichetta adesiva presente all'interno della confezione

Etichetta

POSIZIONE

31

DATA RIAPERTURA

VITE TRANSMUCOSA

DATA PROTESI

MD

SN

LOT

UDI

ABUTMENT

Applicare l'etichetta adesiva presente all'interno della confezione

Etichetta

Etichetta

MD

SN

LOT

UDI

IMPIANTO DENTALE

Applicare l'etichetta adesiva presente all'interno della confezione

Etichetta

POSIZIONE

31

DATA RIAPERTURA

VITE TRANSMUCOSA

DATA PROTESI

MD

SN

LOT

UDI

ABUTMENT

Applicare l'etichetta adesiva presente all'interno della confezione

Etichetta

Etichetta

MD

SN

LOT

UDI

IMPIANTO DENTALE

Applicare l'etichetta adesiva presente all'interno della confezione

Etichetta

POSIZIONE

31

DATA RIAPERTURA

VITE TRANSMUCOSA

DATA PROTESI

MD

SN

LOT

UDI

ABUTMENT

Applicare l'etichetta adesiva presente all'interno della confezione

Etichetta

Etichetta

MD

SN

LOT

UDI

IMPIANTO DENTALE

Applicare l'etichetta adesiva presente all'interno della confezione

Etichetta

POSIZIONE

31

DATA RIAPERTURA

VITE TRANSMUCOSA

DATA PROTESI

MD

SN

LOT

UDI

ABUTMENT

Applicare l'etichetta adesiva presente all'interno della confezione

Etichetta

Etichetta

MD

SN

LOT

UDI

IMPIANTO DENTALE

Applicare l'etichetta adesiva presente all'interno della confezione

Etichetta

POSIZIONE

31

DATA RIAPERTURA

VITE TRANSMUCOSA

DATA PROTESI

MD

SN

LOT

UDI

ABUTMENT

Applicare l'etichetta adesiva presente all'interno della confezione

Etichetta

Etichetta

300 340 345 350 INFORMATO CONSENTE Ho letto e ho compreso il contenuto della presente informativa e autorizzo espressamente il trattamento dei miei dati personali. _____ _____ _____	300 340 345 350 INFORMATO CONSENTE Ho letto e ho compreso il contenuto della presente informativa e autorizzo espressamente il trattamento dei miei dati personali. _____ _____ _____	300 340 345 350 INFORMATO CONSENTE Ho letto e ho compreso il contenuto della presente informativa e autorizzo espressamente il trattamento dei miei dati personali. _____ _____ _____
PROSECCO <u>CS</u> DATA RAPPRESENTAZIONE VITE TRANSMAGGIO DATA PROTEZIONE ABSTINERMI Ho letto e ho compreso il contenuto della presente informativa e autorizzo espressamente il trattamento dei miei dati personali. _____ _____ _____	PROSECCO <u>CS</u> DATA RAPPRESENTAZIONE VITE TRANSMAGGIO DATA PROTEZIONE ABSTINERMI Ho letto e ho compreso il contenuto della presente informativa e autorizzo espressamente il trattamento dei miei dati personali. _____ _____ _____	PROSECCO <u>CS</u> DATA RAPPRESENTAZIONE VITE TRANSMAGGIO DATA PROTEZIONE ABSTINERMI Ho letto e ho compreso il contenuto della presente informativa e autorizzo espressamente il trattamento dei miei dati personali. _____ _____ _____
300 340 345 350 INFORMATO CONSENTE Ho letto e ho compreso il contenuto della presente informativa e autorizzo espressamente il trattamento dei miei dati personali. _____ _____ _____	300 340 345 350 INFORMATO CONSENTE Ho letto e ho compreso il contenuto della presente informativa e autorizzo espressamente il trattamento dei miei dati personali. _____ _____ _____	300 340 345 350 INFORMATO CONSENTE Ho letto e ho compreso il contenuto della presente informativa e autorizzo espressamente il trattamento dei miei dati personali. _____ _____ _____
PROSECCO <u>CS</u> DATA RAPPRESENTAZIONE VITE TRANSMAGGIO DATA PROTEZIONE ABSTINERMI Ho letto e ho compreso il contenuto della presente informativa e autorizzo espressamente il trattamento dei miei dati personali. _____ _____ _____	PROSECCO <u>CS</u> DATA RAPPRESENTAZIONE VITE TRANSMAGGIO DATA PROTEZIONE ABSTINERMI Ho letto e ho compreso il contenuto della presente informativa e autorizzo espressamente il trattamento dei miei dati personali. _____ _____ _____	PROSECCO <u>CS</u> DATA RAPPRESENTAZIONE VITE TRANSMAGGIO DATA PROTEZIONE ABSTINERMI Ho letto e ho compreso il contenuto della presente informativa e autorizzo espressamente il trattamento dei miei dati personali. _____ _____ _____

[illegible]

Posizione Impianto Dentale															
SU															
16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2
18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3
19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4
20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5
21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6
22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7
23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8
24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9
25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10
26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11
27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12
28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13
29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14
30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15
31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17
33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18
34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19
35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20
36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21
37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22
38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23
39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24
40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25
41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26
42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27
43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28
44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29
45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30
46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31
47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32
48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33
49	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	3		

[illegible]

sweden & martina

Patient Dental Passport

Identificazione del paziente:

Indirizzo:

Telefono:

Firma dello studio dentistico (nome e indirizzo):

