

MITTENTE	DESTINATARIO
N. iscrizione albo odontoiatrico/o medici _____ provincia in cui si è iscritti _____	Laboratorio Odontotecnico TECNODONTO AESTHETICS di Torella A. C.so Cosenza n° 74 - 10137 - TORINO Tel. 011/352964 Cell. 348/5104548 ITCA01013767
Ragione sociale: _____	

PRESCRIZIONE DI DISPOSITIVO ODONTOIATRICO SU MISURA

Prescrizione numero _____ Data _____

SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE

Cognome e nome _____		
Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETA' _____	BRUXISTA <input type="checkbox"/>
ALTRI DISPOSITIVI PRESENTI E LORO MATERIALI COSTITUTIVI		
PARTICOLARI PRECAUZIONI DA ADOTTARE NELLA FABBRICAZIONE		

LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA IDENTIFICATO CON IL NOME DI

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	FORMA DEL VISO		
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	<input type="checkbox"/> Triangolare	<input type="checkbox"/> Quadrata	<input type="checkbox"/> Tonda

COLORE	CAMPIONARIO			
Tipo di lega da utilizzare	ORO <input type="checkbox"/>	PALLADIATA <input type="checkbox"/>	Cr.Co. <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>

MATERIALI ALLEGATI

<input type="checkbox"/> FOTO	<input type="checkbox"/> DIAPOSITIVE	<input type="checkbox"/> CERATURA DIAGNOSTICA	<input type="checkbox"/> MODELLI STUDIO SUP. <input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MODELLI GIA' SVILUPPATI
<input type="checkbox"/> IMPRONTE	RILEVATE IN _____	DISINFETTATE CON _____		

REGISTRAZIONI OCCLUSALI

<input type="checkbox"/> CERE	<input type="checkbox"/> SILICONI	<input type="checkbox"/> RESINE	<input type="checkbox"/> GESSO
<input type="checkbox"/> ARCO FACCIALE		<input type="checkbox"/> REGISTRAZIONE PANTOGRAFICA	

1° PROVA PER	2° PROVA PER	FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE _____
3° PROVA PER	4° PROVA PER	
CONSEGNA PER		