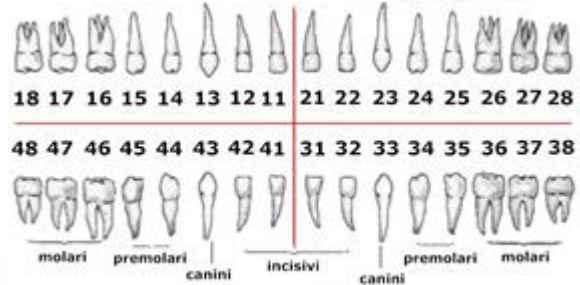


PRESCRIZIONE DISPOSITIVO ODONTOIATRICO SU MISURA per:



C.so G.Garibaldi 41, 10078 Venaria Reale – Torino
P.I. 06125850013 C.F.:RBTFRD66H28L727P
tel. 011.452.66.77 – 338.849.56.36
N° iscrizione fabbricanti Min. Sanità: ITCA01010951

Studio:



Partita iva / cod. Fiscale
n. iscrizione albo odontoiatri e/o medici:
Provincia in cui si è iscritti:

Prescrizione n°:

Data:

SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE:

Cognome e nome / codice fiscale:

Altri dispositivi presenti e loro materiali costitutivi:

Età/Data di nascita:

Sesso: M F Bruxista:

Particolari precauzioni da adottare nella fabbricazione:

Impronte in:
rilevate data/ora
disinfettate con
modelli allegati: sì no

LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA:

Forma del viso: viso ovale viso rotondo viso triangolare Colore:

Superficie dei denti: liscia media ruvida lucentezza finale: media opaca brillante

Eventuali immagini o referti allegati: sì no

Allergie e intolleranze accertate e/o presunte:

Possibili problemi dovuti ad altri dispositivi presenti:

Eventuali difficoltà manuali del paziente:

Eventuali note per l'odontotecnico circa la progettazione tecnica d'esecuzione e richieste:

Tipo di lega da utilizzare: Aurea Palladiata Cr.Co. Altro:

Registrazioni occlusali effettuate con:

Consegna dispositivo in prova concordata per il giorno:

Consegna dispositivo finito concordata per il giorno:

Firma medico prescrivente: