

MITTENTE		DESTINATARIO	
MEDICO Partita Iva / C.F.		LABORATORIO Partita Iva / C.F. 02331390449	
n. iscrizione albo odontoiatri e/o medici		n. registro Ministero Sanità	ITCA 01039348
provincia in cui si è iscritti		Laboratorio Odontotecnico	
STUDIO		"DENTAL PROTESI" di Giacomozzi Romano	
Via		via C. Colombo 68/70	
Città		Porto S. Elpidio (FM)	
Telefono		Tel. e Fax: 0734/995618 cell.3351220559	
		e-mail: dentalprotesigm@libero.it	

PRESCRIZIONE numero	DATA
----------------------------	-------------

SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE

COGNOME E NOME OVVERO CODICE FISCALE			
SESSO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETÀ	<input type="checkbox"/> BRUXISTA
ALTRI DISPOSITIVI PRESENTI E LORO MATERIALI COSTITUTIVI			
PARTICOLARI PRECAUZIONI DA ADOTTARE NELLA FABBRICAZIONE			

LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA

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

COLORE	CAMPIONARIO
TIPO DI LEGA DA UTILIZZARE	<input type="checkbox"/> ORO <input type="checkbox"/> PALLADIATA <input type="checkbox"/> Cr. Co. <input type="checkbox"/> ALTRO

MATERIALI ALLEGATI

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

REGISTRAZIONI OCCLUSINALI

<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	FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE
2° PROVA PER	
3° PROVA PER	
CONSEGNA PER	