

Data

Dispositivi Medici N. _____

PRESCRIZIONE MEDICA

Dottore prescrivente _____

N. Iscrizione Albo _____

Prov. Iscr. _____

Codice Fiscale / Partita IVA

D.Lgs. 24 febbraio 1997, n. 46 (Direttiva 93/42/CEE)

D.Lgs. 25 gennaio 2010, n. 37 (Direttiva 2007/47/CE)

AL LABORATORIO ODONTOTECNICO

Sito in via _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Prov. _____ Tel. _____ / _____

Cod. Fisc./Part. IVA _____ Reg. Min. Salute n. _____ R.I. _____ R.E.A. _____

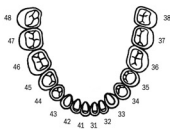
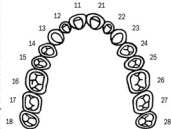
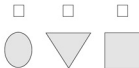
DATI E RIFERIMENTI RELATIVI AL PAZIENTE

Cognome e Nome _____

Codice Fiscale _____

Codice ⁽¹⁾ Paziente _____Bruxista ☐ Sì ☐ NoSesso ☐ M ☐ F

Età _____

Altri Dispositivi presenti
e loro materiali costitutivi: _____Particolari Precauzioni da
adottare nella fabbricazione: _____**DOCUMENTI E MATERIALI ALLEGATI**☐ Foto ☐ Diapositive ☐ RxModd. già sviluppati ☐ Sup. ☐ Inf. Modd. in studio ☐ Sup. ☐ Inf.Apparecchio scheletrico ☐ Sup. ☐ Inf. ☐ Ceratura diagnostica☐ Altro _____**Registrazione oclusale in:**☐ Siliconi ☐ Cere ☐ Gesso ☐ Arco facciale ☐ Resine☐ Morso ☐ Altro _____**Impronte rilevate in:**☐ Alginato ☐ Silicone ☐ Elastomero☐ Altro _____**Data e Ora
della rilevazione** _____ : _____**Impronte
disinfettate con** _____**Si richiede l'esecuzione di un Dispositivo Medico Odontoiatrico su misura con le seguenti caratteristiche****DESCRIZIONE** _____**TIPO DI LEGA DA UTILIZZARE:** ☐ Oro ☐ Oro-Palladio ☐ Palladiata ☐ Legavile ☐ Altro _____**TIPO DI LAVORO:** ☐ Protesi Fissa ☐ Protesi Mobile ☐ Scheletrica ☐ Protesi Provvisoria ☐ Combinata ☐ Ortodonzia☐ Assemblaggio Denti/Resina su Scheletrato ☐ Altro _____**Morfologia
del viso**Si richiede Progetto Tecnico ☐ Sì ☐ NoSi richiede Preventivo ☐ Sì ☐ No

TIPO _____ GIORNO _____ MESE _____ ANNO _____ ORA _____

1° Prova _____ Campionario: _____

2° Prova _____ Colore: _____

3° Prova _____ Caratterizzazioni: _____

4° Prova _____

Consegna per _____

GIORNO _____ MESE _____ ANNO _____ ORA _____

Firma del Medico Prescrivente _____