

**MITTENTE**

N. iscrizione albo odontoiatrico e/o medici \_\_\_\_\_

Provincia in cui si è iscritti \_\_\_\_\_

Ragione sociale: \_\_\_\_\_

**DESTINATARIO**

Centro Odontotecnico Jatino  
 di Carlo Stassi  
 v. V.Emanuele, 176 – 90048 S.G.Jato (PA)  
 tel. 0918577352 fax 0918577444  
 ITCA01003683

**PRESCRIZIONE DI DISPOSITIVO ODONTOIATRICO SU MISURA**

Prescrizione numero \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Sesso • M • F

ETA' \_\_\_\_\_

BRUXISTA •

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****CON INSERITO I SEGUENTI DISPOSITIVI**

MOLLE

ARCHI

VITI

GANCI

ALTRO

**ORTODONZIA MOBILE**

PIANO

• MASTICANTE

• LISCIO

• ALTRO

COSTRUZIONE

• COME CERA

• CON ARCO FACCIALE

• ALTRO

**ORTODONZIA FISSA**

BANDE DA NOI FORNITE

su

BANDE DA VOI ADATTATE

su

ATTACCHI DA PUNTARE

TIPO

VES

PAL

su

ATTACCHI DIRETTI

TIPO

VES

PAL

su

ATTACCHI INDIRETTI

TIPO

VES

PAL

su

BOTTONI-CLEATS

TIPO

VES

PAL

su

**ORTODONZIA POSIZIONATORE**

MATERIALI

• CAUCCIU'

• VINILICO

• SILICONE

• ALTRO

AUSILIARI

• GANCI

• GUIDE

• ALTRO

**MATERIALI ALLEGATI**

• MODELLI

• SUP • INF

• RIF. CEFALOM.

• CERA

• ALTRO

• BANDE

• ATTACCHI

• ARCO FACCIALE

• CERA COSTRUZIONE

• IMPRONTE

• SUP • INF

• DISINFETTATE CON \_\_\_\_\_

**CONSEGNA PER****FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE**