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

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

• Triangolare • Quadrata • Tonda

COLORE**CAMPIONARIO**

Tipo di lega da utilizzare

• ORO • PALLADIATA • Cr.Co. • Altro

MATERIALI ALLEGATI

• FOTO

• DIAPOSITIVE

• CERATURA
DIAGNOSTICA

• MODELLI STUDIO

SUP. • INF. •

• MODELLI GIA'
SVILUPPATI

• IMPRONTE Rilevate in _____ Disinfettate con _____

REGISTRAZIONI OCCLUSALI

• CERE

• SILICONI

• RESINE

• GESSO

• ARCO FACCIALE

• REGISTRAZIONE PANTOGRAFICA

1° PROVA PER _____

2° PROVA PER _____

FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE

3° PROVA PER _____

4° PROVA PER _____

CONSEGNA PER _____