

www.codaodontotecnico.it

info@codaodontotecnico.it

tel 0165-1820525

Prescrizione di dispositivo medico su misura

DATA _____ N. _____

STUDIO DOTT. _____

n. iscrizione albo odontoiatri e/o medici _____ pr. _____

SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE

COGNOME E NOME O CODICE FISCALE

SESSO ρ M ρ F	ETA'	ρ 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	FORMA DEL VISO
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	☐ ☐ ☐

COLORE

SCALA

MATERIALI ALLEGATI

ρ IMPRONTE	RILEVATE IN	DISINFETTATE CON
------------	-------------	------------------

REGISTRAZIONI OCCLUSALI

ρ CERE	ρ SILICONI	ρ RESINE	ρ GESSO
ρ ARCO FACCIALE		ρ REGISTRAZIONE PANTOGRAFICA	

1° PROVA

PER IL

2° PROVA

PER IL

3° PROVA

PER IL

CONSEGNA PER IL

FIRMA DEL MEDICO PRESCRIVENTE