

MITTENTE (DA COMPILARE O TIMBRARE)

PRESCRIZIONE

MEDICO | ODONTOIATRA | STUDIO | AMBULATORIO | LABORATORIO

COGNOME

NOME

INDIRIZZO

CAP | CITTÀ | PROVINCIA

TELEFONO

N° ISCRIZIONE ALL'ALBO E PROVINCIA

NUMERO

DATA

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

RIGHT	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	LEFT
	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

MODELLI IN GESSO	SUP.	INF.	IMPRONTE	SUP.	INF.	REGISTRAZIONE OCCLUSALE	RC (REL. CENTRICA)
MI (MASSIMA INTERCUSPIDAZIONE)		MC (MORSO COSTRUZ.)		ARCO FACCIALE		RADIOGRAFIE	FOTO
							SCANSIONI
							ALTRO

SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE

COGNOME

CODICE FISCALE

ALLERGIE ACCERTATE

NICHEL

ALTRO

BRUXISTA

DISFUNZIONI ARTICOLARI

NOME

SESSO

MASCHIO

FEMMINA

ETÀ

HANDICAP PSICOMOTORI

ALTRI DISPOSITIVI E LORO MATERIALI COSTRUTTIVI

LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO ORTODONTICO SU MISURA

MODELLI ARCHIVIO:

MODELLO LAVORO

MODELLO BASE PLASTICA

MODELLO STUDIO

MODELLO STUDIO TWEED

MODELLO VIRTUALE

ALTRO

TIPOLOGIA DI ORTODONZIA

INTERCETTIVO

RIMOVIBILE

FUNZIONALE

FISSO

ANCORAGGIO SCHELETRICO

PRE-PROTESICO

PRE-CHIRURGICO

GNATOLOGICO

ALTRO

DIGITAL ZONE

CUSTOM MADE DEVICE

ARC ANGEL ALIGNERS

SIMULAZIONI 3D

DIMA CHIRURGICA

ATTENZIONE: LE IMPRONTE DEVONO PERVENIRE DOPO UN TRATTAMENTO DI DISINFEZIONE

DATA DI CONSEGNA

ORE

TIMBRO | FIRMA

LUOGO DI CONSEGNA

MEDICO PRESCRIVENTE