

ALLEGATO B: MODELLO DI PRESCRIZIONE

MITTENTE		DESTINATARIO	
MEDICO Partita Iva / C.F.		LABORATORIO partita Iva / C.F.	
n. iscrizione albo odontoiatri e/o medici		n. registrazione Ministero Sanità	
provincia in cui si è iscritti			
STUDIO Ragione sociale VIA CITTA' Telefono		Ragione sociale VIA CITTA' Telefono	

PRESCRIZIONE NUMERO	DATA
----------------------------	-------------

SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE

COGNOME E NOME OVVERO CODICE FISCALE		
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

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	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 3° PROVA PER CONSEGNA PER		FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE
--	--	--------------------------------------