

PRESCRIZIONE

STUDIO MEDICO Dott. Partita Iva/ C.F. Iscritto con i N. della provincia di	NUMERO DATA /	
	FABBRICANTE (Laboratorio)	Laboratorio Odontotecnico CANTAGALLI Di Cantagalli Mauro e C. S.A.S Via Umberto Pistelli 5 Reggio Emilia Telefono 0522 749045
	PAZIENTE Cognome Nome Codice Fiscale	
	CATEGORIA DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA	<input type="checkbox"/> Protesi Dentale Fissa <input type="checkbox"/> Protesi Dentale Mobile <input type="checkbox"/> Protesi Dentale Combinata <input type="checkbox"/> Protesi Dentale Scheletrica <input type="checkbox"/> Protesi Dentale Ortodontica <input type="checkbox"/> Protesi Dentale provvisoria

ANAMNESI PAZIENTI <input type="checkbox"/> malattie infettive <input type="checkbox"/> allergie accertate <input type="checkbox"/> disfunzioni articolari <input type="checkbox"/> presenza altri dispositivi e loro materiali <input type="checkbox"/> handicap psicomotori <input type="checkbox"/> bruxista <input type="checkbox"/> altro 	SCHEMA DENTALE <table border="1"><tr><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr><tr><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td></tr></table>	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																		
ALTRE INFORMAZIONI Età Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F forma del viso: colore: campionario:	DESCRIZIONE DEL DISPOSITIVO																																
MATERIALI ALLEGATI <input type="checkbox"/> radiografie <input type="checkbox"/> fotografie <input type="checkbox"/> diapositive <input type="checkbox"/> modelli già sviluppati <input type="checkbox"/> scheletrato <input type="checkbox"/> cere <input type="checkbox"/> siliconi <input type="checkbox"/> resine <input type="checkbox"/> arco facciale <input type="checkbox"/> registrazione pantografica <input type="checkbox"/> registrazioni oclusali	LEGA DA UTILIZZARE																																

	IMPRONTE	
--	-----------------	--

Rilevate il:	Materiale:	Disinfettate con:
--------------------	------------------	-------------------------

Si richiede progetto d'esecuzione e preventivo economico

DATA:	FIRMA DEL DOTTORE:
-------------	--------------------------