

MITTENTE

DESTINATARIO

MEDICO partita Iva/ C.F.	LABORATORIO partita Iva / C.F. 05508251211
-----------------------------	---

n. iscrizione albo odontoiatri e/o medici

n. registro Ministero Sanita' ITCA01023819

provincia in cui si e' iscritti

TECNO DENTAL snc
di Amalfitano M. Sacco A.A. e
Tarallo M.
Viale dei Cedri ,30
Casalnuovo di Napoli
Telefono 0818424016

PRESCRIZIONE numero	DATA
---------------------	------

SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE

COGNOME E NOME OVVERO CODICE FISCALE O ACRONIMO O CODICE NUMERICO

SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETA'	<input type="checkbox"/> BRUXISTA
---	------	-----------------------------------

ALTRI DISPOSITIVI PRESENTI E
LORO MATERIALI COSTITUTIVIPARTICOLARI 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	
48 47 46 45 44 43 42 41		31 32 33 34 35 36 37 38	

FORMA DEL VISO



COLORE	CAMPIONARIO
TIPO DI LEGA DA UTILIZZARE	<input type="checkbox"/> ORO <input type="checkbox"/> PALLADIATA <input type="checkbox"/> Cr.Co <input type="checkbox"/>

MATERIALI ALLEGATI

<input type="checkbox"/> FOTO	<input type="checkbox"/> DIAPOSITIVE	<input type="checkbox"/> CERATURA DIAGNOSTICA	<input type="checkbox"/> MODELLI STUDIO	<input type="checkbox"/> MODELLI GIA' SVILUPPATI
<input type="checkbox"/> IMPRONTE	RILEVATE IN	<input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/> INF		
		DISINFETTATE CON		

REGISTRAZIONI OCCLUSALI

<input type="checkbox"/> CERE	<input type="checkbox"/> SILICONI	<input type="checkbox"/> RESINE	<input type="checkbox"/> GESSO
<input type="checkbox"/> ARCO FACCIALE		<input type="checkbox"/> REGISTRAZIONE PANTOGRAFICA	

1° PROVA PER	Data	Ora	FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE
2° PROVA PER			
3° PROVA PER			
CONSEGNA PER			