

MITTENTE		DESTINATARIO	
MEDICO		LABORATORIO	
Partita Iva/ C.F.		partita Iva / C.F.	12233840011
n. iscrizione albo odontoiatri e/o medici		n. registro Ministero Sanita'	01041812
provincia in cui si e' iscritti		CIRO LAB DI GENCHI ALESSANDRO	
		VIA F. TIBALDI 49	
		MAPPANO	10079 TO
		Telefono	3492214880

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 COSTITUTIVI		
PARTICOLARI PRECAUZIONI DA ADOTTARE NELLA FABBRICAZIONE (MALATTIE INFETTIVE)		

LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA IDENTIFICATO CON IL NOME DI

CON INSERITO I SEGUENTI DISPOSITIVI			
MOLLE	ARCHI	VITI	GANCI
Altro			

ORTODONZIA MOBILE

PIANO	<input type="checkbox"/> MASTICANTE	<input type="checkbox"/> LISCIO	<input type="checkbox"/> altro
COSTRUZIONE	<input type="checkbox"/> COME CERA	<input type="checkbox"/> CON ARCO FACCIALE	<input type="checkbox"/> altro

ORTODONZIA FISSA

<input type="checkbox"/> BANDE DA NOI FORNITE		su :	_____
<input type="checkbox"/> BANDE DA VOI ADATTATE SULL' IMPRONTA		su :	_____
<input type="checkbox"/> ATTACCHI DA PUNTARE TIPO <input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> PAL <input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> LIN	su :	_____
<input type="checkbox"/> ATTACCHI DIRETTI TIPO <input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> PAL <input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> LIN	su :	_____
<input type="checkbox"/> ATTACCHI INDIRETTI TIPO <input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> PAL <input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> LIN	su :	_____
<input type="checkbox"/> BOTTONI - CLEATS TIPO <input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> PAL <input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> LIN	su :	_____

ORTODONZIA POSIZIONATORE

MATERIALI	<input type="checkbox"/> CAUCCIU'	<input type="checkbox"/> VINILICO	<input type="checkbox"/> SILICONE	<input type="checkbox"/> altro
AUSILIARI	<input type="checkbox"/> GANCI	<input type="checkbox"/> GUIDE	<input type="checkbox"/> altro	

MATERIALI ALLEGATI

<input type="checkbox"/> MODELLI	<input type="checkbox"/> Sup.	<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> ARCO FACCIALE	<input type="checkbox"/> CERA
<input type="checkbox"/> IMPRONTE	<input type="checkbox"/> Sup.	<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> BANDE	<input type="checkbox"/> CERA DI COSTRUZIONE
<input type="checkbox"/> RIF. CEFALOMETRICI			<input type="checkbox"/> ATTACCHI	<input type="checkbox"/> ALTRO

CONSEGNA PER	FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE
--------------	-------------------------------