

MITTENTE		DESTINATARIO	
MEDICO Partita Iva/ C.F.		LABORATORIO partita Iva / C.F. 01992940567	
n. iscrizione albo odontoiatri e/o medici		n. registro Ministero Sanita'	ITCA01026250
provincia in cui si e' iscritti		ORTOFUBICON srl Laboratorio di Ortodonzia P.I.: 01992940567 Via Bardiniana, 23 Grotte di Castro 01025 VT Telefono 0763797102	

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

SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE

COGNOME E NOME OVVERO CODICE FISCALE		
SESSO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F ALTRI DISPOSITIVI PRESENTI E LORO MATERIALI COSTITUTIVI PARTICOLARI PRECAUZIONI DA ADOTTARE NELLA FABBRICAZIONE (MALATTIE INFETTIVE)	ETA'	<input type="checkbox"/> BRUXISTA

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	su : _____
<input type="checkbox"/> ATTACCHI DIRETTI TIPO	<input type="checkbox"/> VES	<input type="checkbox"/> PAL	su : _____
<input type="checkbox"/> ATTACCHI INDIRETTI TIPO	<input type="checkbox"/> VES	<input type="checkbox"/> PAL	su : _____
<input type="checkbox"/> BOTTONI - CLEATS TIPO	<input type="checkbox"/> VES	<input type="checkbox"/> PAL	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
--------------	--	--------------------------------------