





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 Telefono 0763797102	
Telefono			

<b>PRESCRIZIONE numero</b>	<b>DATA</b>
----------------------------	-------------

**SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE**

<b>COGNOME E NOME OVVERO CODICE FISCALE</b>		
SESSO <input checked="" 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		

**LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA**


18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	<b>FORMA DEL VISO</b> <input checked="" type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	

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

**MATERIALI ALLEGATI**

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

	<i>Data</i>	<i>Ora</i>	<b>FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE</b>
1° PROVA PER			
2° PROVA PER			
3° PROVA PER			
CONSEGNA PER			