





MITTENTE		DESTINATARIO	
MEDICO partita Iva/ C.F.		LABORATORIO partita Iva / C.F. 01992940567	
n. iscrizione albo odontoiatri e/o medici 89TR		n. registro Ministero Sanita' ITCA01026250	
provincia in cui si e' iscritti		ORTOFUBICON srl IT25E0103073120000000444212	
Telefono		Via Cordelli Scossa, 83 Grotte di Castro 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	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 ----- 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	FORMA DEL VISO <input checked="" type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
---	---

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		

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