

Data invio prescrizione _____

Data appl. dispositivo _____

DISPOSITIVI MEDICI SU MISURA / PRESCRIZIONE

Dottore _____

Indirizzo _____

Prescrizione nr. _____

Cognome e nome del paziente _____

Professione _____ Nato il ____ / ____ / ____

Sesso M F

DESCRIZIONE DEL DISPOSITIVO RICHIESTO

PROTESI FISSA

PROTESI MOBILE

Tipo lavoro _____

Tipo lavoro _____

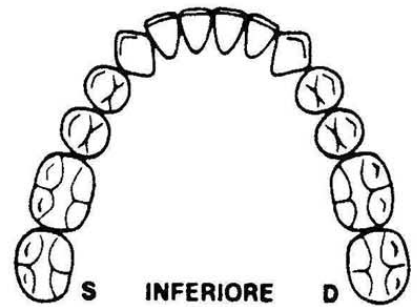
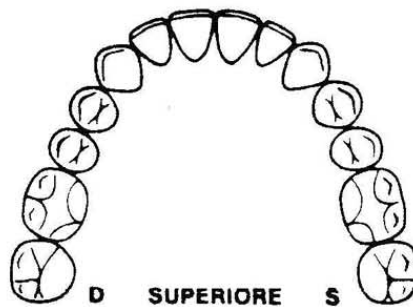
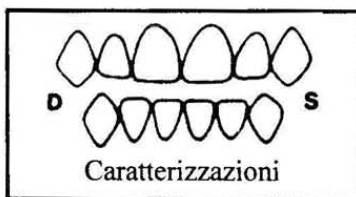
Note particolari _____

Note particolari _____

Lega non preziosa

Lega preziosa

Colore _____



Denti in resina

Denti in ceramica

Ganci dorati

Lucentezza finale

Opaca

Media

Brillante

Superficie del dente

Liscia

Media

Ruvida

Forma del viso

Ovale

Rotonda

Triangolare

Allergie accertate

Allergie presunte

Problemi dovuti a dispositivi presenti

Difficoltà manuali del paziente

INVIATEMI ULTERIORI

Scatole

Moduli di prescrizione

Firma dell'odontoiatra
