

PRESCRIZIONE DI DISPOSITIVO ODONTOIATRICO SU MISURA DI TIPO ORTODONTICO

Dati o timbro del medico, odontoiatra o istituto ospedaliero richiedente il dispositivo

Paziente _____ Età _____ Sesso (M) (F)

Nr. Codice paziente(in mancanza dei dati anagrafici) _____

C.F. _____

Nr. Prescrizione _____ **Data** _____

Consegna per il _____

Malattie infettive (S) (N) Impronte disinfettate (S) (N)

*Descrizione del dispositivo medico
richiesto* _____

MATERIALE INVIATO IN LABORATORIO

Modello sup.	Impronta sup.	Cera di costruzione	Attacchi
Modello inf.	Impronta inf.	Cera occlusione abituale	Altro _____
Bande	Arco facciale	Ortopantomografia	_____

Altri dispositivi presenti e loro materiali costitutivi _____

Particolari precauzioni da adottare nella fabbricazione _____

Firma del medico prescrivente

SPAZIO RISERVATO AL LABORATORIO

Prescrizione nr. _____ del _____ Nr. Cod. interno di lavoro _____

Note _____

