

PRESCRIZIONE DI DISPOSITIVO SU MISURA AD USO ODONTOIATRICO

Prescrizione n° _____ per il Lab. Odontotecnico **Belluccia Francesco**

Via **Sac. Scopelliti 18** Città **Campo Calabro (RC)** Data invio _____

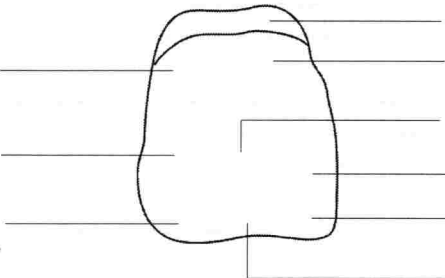
Medico prescrivente Dott. _____

Si richiede la fabbricazione del seguente dispositivo su misura:

Colorazione dentimetrica

Scala colori _____ Colore base _____

Paziente (cognome, nome) _____



VisoOvale

Rotondo

Triangolare

Codice _____

Età _____ Sesso M F

Professione od hobby particolari _____

Superficie dei denti:

Liscia

Media

Ruvida

Descrizione del dispositivo

Protesi

Fissa Mobile Scheletrata

Provvisoria Combinata Ortodonzia

Lucentezza finale:

Opaca

Media

Brillante

DX

SX

Immagini o referti allegati SI NO

Allergie ed intolleranze a materiali : accertate
presunte

Altri dispositivi presenti : SI NO

Problemi dovuti ad altri dispositivi presenti : _____

Eventuali difficoltà manuali del paziente : _____

Note circa la progettazione tecnica e richieste : _____

Registrazioni oclusali effettuate con :

Cere

Arco facciale

Placche di registrazione

Altro

Imballaggio impronte e modelli con : _____

Malattie infettive rilevate : SI NO

Impronte in _____ rilevate alle ore _____ disinfettate SI NO

Consegna per prova _____ per il giorno _____ ore _____

Consegna per prova _____ per il giorno _____ ore _____

Consegna del dispositivo finito concordata per il giorno _____

Modalità di pagamento : _____

data, _____

Odontoiatra abilitato
n° iscrizione Albo _____