

PRESCRIZIONE E PROGETTAZIONE CLINICA

DI DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA PER TERAPIA ORTODONTICA O GNATOLOGICA

DATA ____ / ____ / ____ N° _____

FASCICOLO TECNICO N. _____

DOTT.

VIA _____
()

P. IVA

LABORATORIO ORTHOWEB di WALTER BELLONI

VIA BASTONE, 89
24044 DALMINE (BG)
P. IVA 04043500166
CEL. 3389864710

SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE

NOME: _____ ETA': _____ SESSO: M F

ALLERGIA NICHEL ALTRE PRECAUZIONI: _____

REALIZZAZIONE DISPOSITIVO ORTODONTICO

APPARECCHIO TIPO: _____

COME CERA COLORE RESINA: _____ ALTRO: _____

DISPOSITIVI AUSILIARI

VITI: _____ ARCHI: _____ GANCI: _____ MOLLE: _____

ALTRO: _____

MATERIALE ALLEGATO

MODELLO SUP INF IMPRANTE SUP INF DISINFETTATE CON _____

CERA ABITUALE CERA DI COSTRUZIONE ARCO FACCIALE OPT TRX

BANDE ATTACCHI ALTRO: _____

CONSEGNA PER IL

FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE

SI DESIDERÀ ESSERE CHIAMATI PER QUESTO CASO