

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

MODELLI SUP ☐ INF ☐ IMPRONTE SUP ☐ INF ☐ DISINFETTATE CON _____

CERA ABITUALE ☐ CERA DI COSTRUZIONE ☐ ARCO FACCIALE ☐ OPT ☐ TRX ☐

BANDE ☐ ATTACCHI ☐ ALTRO _____

CONSEGNA PER IL

FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE

SI DESIDERA ESSERE CHIAMATI PER QUESTO CASO ☐