

PRESCRIZIONE DI DISPOSITIVO ODONTOIATRICO SU MISURA

MITTENTE:

STUDIO: _____



orthotecnica noi srl
 Iscriz. Min. Sanità RM - ITCA 01000328

PRESCRIZIONE N° _____ **PAZIENTE** _____ **DATA** _____

SESSO	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	ETA'	<input type="checkbox"/> BRUXISTA
ALTRI DISPOSITIVI PRESENTI E LORO MATERIALI COSTITUTIVI:				
PARTICOLARI PRECAUZIONI DA ADOTTARE NELLA FABBRICAZIONE:				

LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA IDENTIFICATO CON IL NOME DI

PROTESI DENTALE ORTODONTICA

.....

.....

CON INSERITO I SEGUENTI DISPOSITIVI

MOLLE	ARCHI	VITI	GANCI
Altro			

ORTODONZIA MOBILE

PIANO	<input type="checkbox"/> MASTICANTE	<input type="checkbox"/> LISCIO	<input type="checkbox"/> altro
COSTRUZIONE	<input type="checkbox"/> COME CERA	<input type="checkbox"/> CON ARCO FACCIALE	<input type="checkbox"/> altro

ORTODONZIA FISSA

<input type="checkbox"/> BANDE DA VOI FORNITE				
<input type="checkbox"/> BANDE DA VOI ADATTATE				
<input type="checkbox"/> ATTACCHI DA PUNTARE	TIPO	<input type="checkbox"/> VEST.	<input type="checkbox"/> PAL.	SU
<input type="checkbox"/> ATTACCHI DIRETTI	TIPO	<input type="checkbox"/> VEST.	<input type="checkbox"/> PAL.	SU
<input type="checkbox"/> ATTACCHI INDIRETTI	TIPO	<input type="checkbox"/> VEST.	<input type="checkbox"/> PAL.	SU
<input type="checkbox"/> BOTTONI-CLEATS	TIPO	<input type="checkbox"/> VEST.	<input type="checkbox"/> PAL.	SU

ORTODONZIA POSIZIONATORE

MATERIALI	<input type="checkbox"/> CAUCCIU'	<input type="checkbox"/> VINILICO	<input type="checkbox"/> SILICONE	<input type="checkbox"/> altro
AUSILIARI	<input type="checkbox"/> GANCI	<input type="checkbox"/> GUIDE		<input type="checkbox"/> altro

MATERIALI ALLEGATI

<input type="checkbox"/> MODELLI	<input type="checkbox"/> SUP	<input type="checkbox"/> INF	<input type="checkbox"/> RIF. CEFALOM.	<input type="checkbox"/> CERA	<input type="checkbox"/> altro
<input type="checkbox"/> BANDE	<input type="checkbox"/> ATTACCHI		<input type="checkbox"/> ARCO FACCIALE	<input type="checkbox"/> CERA DI COSTRUZIONE	
<input type="checkbox"/> IMPRONTE	<input type="checkbox"/> SUP	<input type="checkbox"/> INF	<input type="checkbox"/> DISINFETTATE CON		

CONSEGNA PER _____	TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE _____ N° ISCR. ALBO ODONTOIATRI
---------------------------	--



Azienda Certificata con sistema di qualità ISO 9001:2008
 Dispositivi medici su misura (protesi dentarie e ortodontiche)
 Corsi di formazione e addestramento per medici-odontotecnici e operatori del settore

