

MITTENTE		DESTINATARIO	
MEDICO partita Iva/ C.F.		LABORATORIO partita Iva / C.F. 00639481209	
n. iscrizione albo odontoiatri e/o medici		n. registro Ministero Sanita' ITCA01022575	
provincia in cui si e' iscritti		Laboratorio Odontotecnico DIAMONDENT s.n.c. di Bazzi, Fantini, Legnani & c. VIA ANDREA COSTA 112/HI PIANORO Telefono 0512801173	
STUDIO Via Citta' Telefono			

PRESCRIZIONE numero	DATA
---------------------	------

**SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE**

**COGNOME E NOME OVVERO CODICE FISCALE O ACRONIMO O CODICE NUMERICO**

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**

		FORMA DEL VISO	
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COLORE	CAMPIONARIO
TIPO DI LEGA DA UTILIZZARE	<input type="checkbox"/> ORO <input type="checkbox"/> PALLADIATA <input type="checkbox"/> Cr.Co <input type="checkbox"/>

**MATERIALI ALLEGATI**

<input type="checkbox"/> FOTO	<input type="checkbox"/> DIAPOSITIVE	<input type="checkbox"/> CERATURA DIAGNOSTICA	<input type="checkbox"/> MODELLI STUDIO <input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/> INF	<input type="checkbox"/> MODELLI GIA' SVILUPPATI
<input type="checkbox"/> IMPRONTE	RILEVATE IN	DISINFETTATE CON		

**REGISTRAZIONI OCCLUSALI**

<input type="checkbox"/> CERE	<input type="checkbox"/> SILICONI	<input type="checkbox"/> RESINE	<input type="checkbox"/> GESSO
<input type="checkbox"/> ARCO FACCIALE	<input type="checkbox"/> REGISTRAZIONE PANTOGRAFICA		

1° PROVA PER	Data	Ora	FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE
2° PROVA PER			
3° PROVA PER			
CONSEGNA PER			