

Via della Balduina 63 A/B / 00136 Roma • T. 06 64 56 04 40 • info@svedion.it • www.svedion.it
P.I. 04608751006 • ISCRIZIONE MINISTERO SANITÀ N. ITCA0102866 • CCIA N° 161793 • REA N° 0675887

PRESCRIZIONE DI DISPOSITIVO ODONTOIATRICO SU MISURA

STUDIO MEDICO: _____

VIA: _____ / CITTÀ: _____ / CAP: _____

N° ISCRIZIONE ALBO: _____

SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE

NOME _____ COGNOME _____

CODICE FISCALE _____ / SESSO **M** **F**

FORMA DEL VISO OVALE ROTONDO TRIANGOLARE

ALLERGIE ED INTOLLERANZE ACCERTATE _____

PRESUNTE _____

POSSIBILI PROBLEMI DOVUTI AD ALTRI DISPOSITIVI PRESENTI _____

SI RICHIEDE L'ESECUZIONE DI UN DISPOSITIVO ODONTOIATRICO SU MISURA CON LE SEGUENTI CARATTERISTICHE:

DESCRIZIONE DEL COLORE _____

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

PROSSIMA CONSEGNA _____ IMPRONTE RILEVATE IN _____

PROSSIMA CONSEGNA _____ DISINFETTATE CON _____

LAVORO FINITO _____ REGISTRAZIONI OCCLUSALI CON CERA RESINA

IN ALLEGATO FOTO SI NO

FIRMA DEL RESPONSABILE _____

DATA _____