

PRESCRIZIONE PROTESICA N°**DATA****Destinatario****DENTALCAD****DENTAL CAD s.n.c di Giannini fabio & C**

Sede Legale e Operativa : Via Cavriana 3 - 20134 Milano (MI)

P.IVA e C.F.: 09407210983

Numero REA: MI-2088043

Iscrizione Ministero della Sanità: ITCA01034111

Mittente**Medico Odontoiatra**

N° Iscrizione Albo Odontoiatri / medici

Provincia Iscrizione

Studio

Ragione Sociale

Via

Città

Telefono

P.IVA / C.F.

DATI PAZIENTE**Cognome e Nome****Codice Fiscale**Sesso M F

Età

Altri dispositivi presenti e materiali costruttivi**Particolari precauzioni da adottare nella fabbricazione****SI RICHIEDE LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA IDENTIFICATO COME****LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO PER TERAPIA PROTESICA** COMBINATA FISSA MOBILE PROVVISORIA SCHELETRATA**STRUTTURA****PARTE ESTETICA****ALTRO**

METALLO tipo

COLORE

SCALA

BASE in RESINA tipo

 RESINA CERAMICA COMPOSTO FOTOPOLIMERO**FORMA DEL VISO**

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

MATERIALI ALLEGATIPORTA IMPRONTE IMPRONTE

RILEVATE IN

DISINFETTATE CON

MODELLI GIÀ SVILUPPATI MORSO IN CERA ALTRE REGISTRAZIONI ARCO FACCIALE ALTRO OCCLUSORE CORONE ATACCHI DENTI PROTESI

1° Prova Per

2° Prova Per

3° Prova

4° Prova Per

5° Prova Per

Consegna Per**Richiamare****Si / No****Firma Prescrittore**