

MITTENTE		DESTINATARIO	
MEDICO		LABORATORIO	
		Part. IVA	0 6 0 3 0 2 9 0 6 3 6
		Cod. Fisc.	DDM PLA 65T18 F839T
n. iscrizione albo odontoiatri e/o medici		Ragione sociale	
Provincia in cui si è iscritti		De Dominicis Paolo LABORATORIO ODONTOTECNICO Via Croce di Piperno, 6 80126 NAPOLI	
		R.I. NA-141130	
		n. registrazione Ministero Sanità	ITCA01050978

PRESCRIZIONE N°	DATA
------------------------	-------------

SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE

COGNOME E NOME		CODICE FISCALE	
SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETA'	<input type="checkbox"/> BRUXISTA	
MALATTIE INFETTIVE			
ALLERGIE ACCERTATE			
DISFUNZIONI ARTICOLARI			
ALTRI DISPOSITIVI PRESENTI E LORO MATERIALI COSTITUTIVI			
HANDICAP PSICOMOTORI			

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

--

CON INSERITO I SEGUENTI DISPOSITIVI

ARCHI	MOLLE
GANCI	VITI
ALTRO	

ORTODONZIA MOBILE

PIANO OCCLUSIONE SUPERIORE	
PIANO OCCLUSIONE INFERIORE	
DIMENSIONE VERTICALE	

ORTODONZIA FISSA

<input type="checkbox"/> BANDE DA NOI FORNITE				Su
<input type="checkbox"/> BANDE DA VOI ADATTATE				Su
<input type="checkbox"/> ATTACCHI DA PUNTARE	TIPO	<input type="checkbox"/> VES	<input type="checkbox"/> PAL	su
<input type="checkbox"/> ATTACCHI DIRETTI	TIPO	<input type="checkbox"/> VES	<input type="checkbox"/> PAL	su
<input type="checkbox"/> ATTACCHI INDIRETTI	TIPO	<input type="checkbox"/> VES	<input type="checkbox"/> PAL	su
<input type="checkbox"/> BOTTONI-CLEATS	TIPO	<input type="checkbox"/> VES	<input type="checkbox"/> PAL	su

MATERIALI ALLEGATI

<input checked="" type="checkbox"/> MODELLI	<input checked="" type="checkbox"/> SUP	<input checked="" 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 COSTRUZIONE		
<input type="checkbox"/> IMPRONTE	<input type="checkbox"/> SUP	<input type="checkbox"/> INF	DISINFETTATE CON		

FIRMA _____