

**ALLEGATO B: MODELLO DI PRESCRIZIONE**

<b>MITTENTE</b>		<b>DESTINATARIO</b>	
MEDICO Partita Iva / C.F.		LABORATORIO partita Iva / C.F.	
n. iscrizione albo odontoiatri e/o medici		n. registrazione Ministero Sanità	
provincia in cui si è iscritti			
STUDIO Ragione sociale VIA CITTA' Telefono		Ragione sociale VIA CITTA' Telefono	

<b>PRESCRIZIONE NUMERO</b>	<b>DATA</b>
----------------------------	-------------

**SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE**

<b>COGNOME E NOME OVVERO CODICE FISCALE</b>		
SESSO    M    F	ETA'	BRUXISTA
ALTRI DISPOSITIVI PRESENTI E LORO MATERIALI COSTITUTIVI		
PARTICOLARI PRECAUZIONI DA ADOTTARE NELLA FABBRICAZIONE		

**LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA**


---



---

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	<b>FORMA DEL VISO</b>

<b>COLORE</b>	<b>CAMPIONARIO</b>			
<b>TIPO DI LEGA DA UTILIZZARE</b>	ORO	PALLADIATA	Cr.Co	altro

**MATERIALI ALLEGATI**

FOTO	DIAPOSITIVE	CERATURA DIAGNOSTICA	MODELLI STUDIO SUP    INF	MODELLI GIA' SVILUPPATI
IMPRONTE	RILEVATE IN		DISINFETTATE CON	

**REGISTRAZIONI OCCLUSALI**

CERE	SILICONI	RESINE	GESSO
ARCO FACCIALE		REGISTRAZIONE PANTOGRAFICA	

1° PROVA PER 2° PROVA PER 3° PROVA PER CONSEGNA PER		<b>FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE</b>
--	--	--------------------------------------