

## ALLEGATO C: PROGETTO TECNICO DI DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA

---

LABORATORIO :

STUDIO DENTISTICO :

Riferimenti prescrizione medica

Data \_\_\_\_\_

Paziente sig. \_\_\_\_\_

nome e cognome o codice fiscale

Professione \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_ Sesso ☐ M ☐ F

---

DISPOSITIVO RICHIESTO \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numero o codice del dispositivo \_\_\_\_\_

Dati prescrizione ☐ completi ☐ incompleti

Analisi impronte ed eventuali modelli

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Analisi materiali ed accessori allegati

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Valutazioni critiche e pericoli potenziali

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Elementi rilevanti nell'esecuzione del dispositivo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Materiali previsti

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Documentazione e controlli previsti (protocollo o standard operativo)

\_\_\_\_\_

Rischi residui che si ritiene di non poter rimuovere e motivazioni

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Altre informazioni

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si allega preventivo

☐ Sì

☐ No

Si richiede integrazione della prescrizione odontoiatrica

☐ Sì

☐ No

Nota circa la consegna in prova e finale

\_\_\_\_\_

*Firma dell'odontotecnico responsabile della fabbricazione*

*Firma per accettazione da parte del dentista prescrivente*

(Come da accordi intercorsi, il progetto si intende tacitamente approvato trascorsi \_\_\_\_ giorni dal ricevimento)