

**ALLEGATO B: MODELLO DI PRESCRIZIONE ORTODONTICA**

<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		Ragione sociale VIA CITTA' Telefono	
STUDIO			
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 IDENTIFICATO CON IL NOME DI****CON INSERITO I SEGUENTI DISPOSITIVI**

MOLLE	ARCHI	VITI	GANCI
Altro			

**ORTODONZIA MOBILE**

PIANO	MASTICANTE	LISCIO	altro
COSTRUZIONE	COME CERA	CON ARCO FACCIALE	altro

**ORTODONZIA FISSA**

<b>BANDE DA NOI FORNITE</b>		su	
<b>BANDE DA VOI ADATTATE</b>		su	
ATTACCHI DA PUNTARE	TIPO	VES    PAL	su
ATTACCHI DIRETTI	TIPO	VES    PAL	su
ATTACCHI INDIRETTI	TIPO	VES    PAL	su
BOTTONI - CLEATS	TIPO	VES    PAL	su

**ORTODONZIA POSIZIONATORE**

<b>MATERIALI</b>	CAUCCIU'	VINILICO	SILICONE	altro
<b>AUSILIARI</b>	GANCI	GUIDE	altro	

**MATERIALI ALLEGATI**

MODELLI	SUP    INF	RIF. CEFALOM.	CERA	altro
BANDE	ATTACCHI	ARCO FACCIALE	CERA COSTRUZIONE	
IMPRONTE	SUP    INF	DISINFETTATE CON		

<b>CONSEGNA PER</b>	<b>FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE</b>
---------------------	--------------------------------------