

ALLEGATO E: SCHEDA PROVE SUL PAZIENTE

LABORATORIO :

STUDIO DENTISTICO :

Riferimenti prescrizione medica

Data _____

Paziente sig. _____

nome e cognome o codice fiscale

Professione _____

Età _____ Sesso ☐ M ☐ F

Numero o codice del dispositivo _____

1^a - Prova sul paziente effettuata nello studio dentistico (esito comunicato dal Dentista)

☐ positiva

☐ negativa

Note:

.....

Eventuali modifiche richieste:

.....

Firma dentista

Firma Odont. Respons. Fabbricazione Data ____/____/____

2^a - Prova sul paziente effettuata nello studio dentistico (esito comunicato dal Dentista)

☐ positiva

☐ negativa

Note:

.....

Eventuali modifiche richieste:

.....

Firma dentista

Firma Odont. Respons. Fabbricazione Data ____/____/____

Verifica sul paziente a dispositivo finito (esito comunicato dal Dentista)

☐ positiva

☐ negativa

Note:

.....

.....

Firma Odont. Respons. Fabbricazione

Firma Dentista Data ____/____/____