

DISPOSITIVI MEDICI - PRESCRIZIONE MEDICA

Dottore prescrivente

Prescrizione n°

C.F./P.Iva

Iscr. Albo

Data

Committente

Al laboratorio odontotecnico DENTAL PLANET LAB S.N.C.

Tel. 3381473285

Sito in Via VIA GIUSTI 56/11

Comune NICHELINO

Prov. TO

P.Iva 12569240018

Reg.Min.S. ITCA01043525 **R.I.** 50903

R.E.A. TO-129979

DATI E RIFERIMENTI RELATIVI AL PAZIENTE

Cognome e nome

C.F./P.Iva

Bruxista Si No **Sesso** M F **Età**

DOCUMENTI E MATERIALI ALLEGATI

Foto Si No **Diapositive** **Rx**

Ceratura diagnostica **Modelli studio** **Sup.** **Inf.**

Altro

Altri dispositivi presenti e loro materiali costitutivi

Registrazione oclusale in: **Silicone**
Cere **Gesso** **Arco facciale** **Resine**
Altro

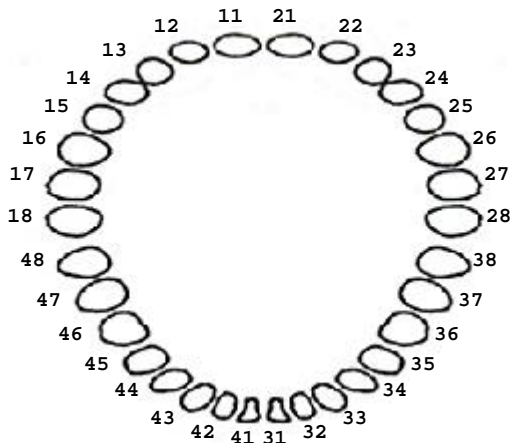
Particolari precauzioni da adottare nella fabbricazione

Impronte rilevate in:
Alginate **Silicone** **Elastomero**
Altro
Data della rilevazione - - **Ora**
Impronte disinfettate con:

Si autorizza il conferimento a terzi della produzione del dispositivo su misura oggetto della prescrizione o di componenti, parti e/o singole fasi di lavorazione per la fabbricazione dello stesso.

Si richiede l'esecuzione di un Dispositivo Medico Odontoiatrico su misura con le seguenti caratteristiche:

Tipo di lavoro: **Protesi fissa** **Protesi mobile** **Scheletrica** **Protesi provvisoria** **Ortodonzia** **Riparazione**



Tipo di materiale da utilizzare:

- Lega nobile per metallo ceramica contenente**
- Lega non nobile per metallo ceramica conten.**
- Resina tradizionale termopolimerizzante**
- Resina composita fotopolimerizzante**
- Policarbonati**
- Ceramica**
- Zirconia**
-

Morfologia del viso: **Rotonda** **Ovale** **Triangolare**

Colore **Campionario**

Caratterizzazioni

1a Prova **Data** - - **Ora**

2a Prova **Data** - - **Ora**

3a Prova **Data** - - **Ora**

4a Prova **Data** - - **Ora**

5a Prova **Data** - - **Ora**

6a Prova **Data** - - **Ora**

Si richiede preventivo Si No **Si richiede progetto tecnico** Si No

Consegna per: - -

Firma del medico prescrivente _____