





MITTENTE		DESTINATARIO	
MEDICO partita Iva/ C.F.		LABORATORIO partita Iva / C.F. 05267180288	
n. iscrizione albo odontoiatri e/o medici		n. registro Ministero Sanita' ITCA01041948	
provincia in cui si e' iscritti			
STUDIO  Via Citta'  Telefono		 di Cuppoletti G. e Casella R. Via C. Goldoni 18, Padova Telefono 0499567671	

PRESCRIZIONE numero	DATA
---------------------	------

**SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE**

COGNOME E NOME OVVERO CODICE FISCALE		
SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETA'	<input type="checkbox"/> 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 ----- 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28  31 32 33 34 35 36 37 38	FORMA DEL VISO <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
---	--	---

COLORE	CAMPIONARIO
TIPO DI LEGA DA UTILIZZARE	<input type="checkbox"/> ORO <input type="checkbox"/> PALLADIATA <input type="checkbox"/> Cr.Co <input type="checkbox"/>

**MATERIALI ALLEGATI**

<input type="checkbox"/> FOTO	<input type="checkbox"/> DIAPOSITIVE	<input type="checkbox"/> CERATURA DIAGNOSTICA	<input type="checkbox"/> MODELLI STUDIO <input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/> INF	<input type="checkbox"/> MODELLI GIA' SVILUPPATI
<input type="checkbox"/> IMPRONTE	RILEVATE IN	DISINFETTATE CON		

**REGISTRAZIONI OCCLUSALI**

<input type="checkbox"/> CERE	<input type="checkbox"/> SILICONI	<input type="checkbox"/> RESINE	<input type="checkbox"/> GESSO
<input type="checkbox"/> ARCO FACCIALE	<input type="checkbox"/> REGISTRAZIONE PANTOGRAFICA		

	<i>Data</i>	<i>Ora</i>	FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE
1° PROVA PER			
2° PROVA PER			
3° PROVA PER			
CONSEGNA PER			