

PRESCRIZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA

Dati prescrivente				Destinatario																																			
				 Laboratori Associati MILANO Via Cabella, 52 - Via delle Forze Armate, 358 20152 Milano-Tel. 02 45 66 337-Cell. 373 77 58 533 info@laboratoriassociatimilano.it www.laboratoriassociatimilano.it																																			
Prescrizione N° _____				Data _____																																			
SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE																																							
Cognome e Nome _____																																							
Sesso		M ☐	F ☐	Età _____		Bruxsista ☐																																	
Altri dispositivi presenti e loro materiali																																							
Particolari precauzioni da adottare nella fabbricazione																																							
LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA																																							
_____ _____ _____ _____																																							
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>								18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																								
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																								
Colore _____				Campionario Vita _____																																			
MATERIALI ALLEGATI																																							
Foto ☐	Ceratura diagnostica ☐		Modelli studio ☐			Modelli già sviluppati ☐																																	
		☐ SUP ☐ INF																																					
Impronte ☐	Rilevate in:		Disinfettate con																																				
REGISTRAZIONI OCCLUSALI																																							
Cere ☐	Siliconi ☐		Resine ☐		Gesso ☐																																		
Arco facciale ☐			Registrazione pantografica ☐																																				
	Data	Ora	Firma - Timbro Medico Prescrittore																																				
1 Prova per																																							
2 Prova per																																							
3 Prova per																																							
4 Prova per																																							
Consegna per																																							