

### Si richiede per il paziente

Cognome e nome o Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Sesso  M  F Età \_\_\_\_\_  Bruxista  
Dispositivi presenti e materiali costitutivi \_\_\_\_\_  
Precauzioni da adottare nella fabbricazione \_\_\_\_\_

### La realizzazione di un dispositivo identificato con il nome di

#### Allegati

- Modelli  
 SUP  INF
- 
- Arco facciale  
 Bande  
 Attacchi  
 Cera  
 Cera di costruzione  
 Rif. cefalometrico

- Impronte  
 SUP  INF

Disinfettate con \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

#### Piano

- Masticante  Liscio

Altro \_\_\_\_\_

#### Con inseriti

- Molle  Archi  Viti  Ganci

Altro \_\_\_\_\_

#### Bande

- Da noi fornite  Da voi adattate

Su \_\_\_\_\_

#### Attacchi

- Da puntare  Diretti  Indiretti

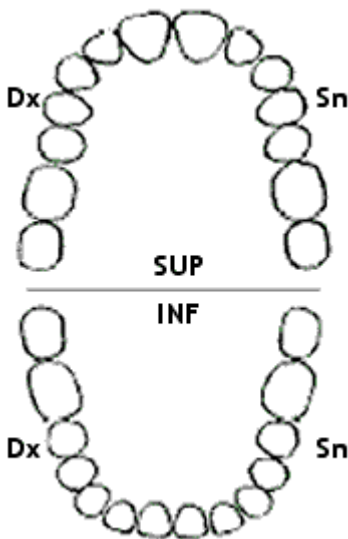
Tipo \_\_\_\_\_

VES  PAL Su \_\_\_\_\_

#### Bottoni-cleats

Tipo \_\_\_\_\_

VES  PAL Su \_\_\_\_\_



#### Prescrizione n°

#### Data

#### Mittente

Dott. \_\_\_\_\_

Partita IVA / C.F. \_\_\_\_\_

n° iscrizione albo \_\_\_\_\_ provincia iscrizione \_\_\_\_\_

Studio \_\_\_\_\_

Ragione sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

#### Consegnare entro

In \_\_\_\_\_

#### Firma del medico