

LOGO +EUBIOS SNC  
ORTODONZIA

MODULO DI PRESCRIZIONE ORDOTONICA

DATI STUDIO

MEDICO PRESCRIVENTE

PRESCR. N.....DEL .....

PZIENTE/ CODICE..... SESSO.....ETA'

ALLERGIE .....

PRECAUZIONI DA ADOTTARE

ALTRI DISPOSITIVI PRESENTI.....

IMPRONTE DISINFETTATE CON.....

SI RICHEDE LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO ORTODONTICO SU MISURA

COLORE:

### ALLINEATORI INVISIBILI FAST ALIGNER 2.0

ALLINEAMENTO INTERA ARCATA

SUP

INF

ALLINEAMENTO SETTORE ANT

SUP

INF

CON ATTACHMENTS

SI

NO

RICHIESTE SPECIFICHE.....

ALLEGATI : CERA

DISPOSITIVO

BANDE

MODELLI

IMPRONTE DIFITALI

FOTO

RX

DATA E LUOGO DI CONSEGNA

FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE

<b>MITTENTE</b>		<b>DESTINATARIO</b>	
MEDICO Partita Iva / C.F.		LABORATORIO partita Iva / C.F.	
n. iscrizione albo odontoiatri e/o medici		n. registrazione Ministero Sanità	
provincia in cui si è iscritti			
STUDIO Ragione sociale VIA CITTA' Telefono		Ragione sociale VIA CITTA' Telefono	

<b>PRESCRIZIONE NUMERO</b>	<b>DATA</b>
----------------------------	-------------

**SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE**

<b>COGNOME E NOME OVVERO CODICE FISCALE</b>		
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 IDENTIFICATO CON IL NOME DI**

**CON INSERITO I SEGUENTI DISPOSITIVI**

MOLLE	ARCHI	VITI	GANCI
Altro			

**ORTODONZIA MOBILE**

<b>PIANO</b>	<input type="checkbox"/> MASTICANTE	<input type="checkbox"/> LISCIO	<input type="checkbox"/> altro
<b>COSTRUZIONE</b>	<input type="checkbox"/> COME CERA	<input type="checkbox"/> CON ARCO FACCIALE	<input type="checkbox"/> altro

**ORTODONZIA FISSA**

<input type="checkbox"/> BANDE DA NOI FORNITE	su
<input type="checkbox"/> BANDE DA VOI ADATTATE	su
<input type="checkbox"/> ATTACCHI DA PUNTARE	TIPO <input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> PAL su
<input type="checkbox"/> ATTACCHI DIRETTI	TIPO <input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> PAL su
<input type="checkbox"/> ATTACCHI INDIRETTI	TIPO <input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> PAL su
<input type="checkbox"/> BOTTONI - CLEATS	TIPO <input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> PAL su

**ORTODONZIA POSIZIONATORE**

<b>MATERIALI</b>	<input type="checkbox"/> CAUCCIU'	<input type="checkbox"/> VINILICO	<input type="checkbox"/> SILICONE	<input type="checkbox"/> altro
<b>AUSILIARI</b>	<input type="checkbox"/> GANCI	<input type="checkbox"/> GUIDE	<input type="checkbox"/> altro	

**MATERIALI ALLEGATI**

<input type="checkbox"/> MODELLI	<input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/> INF	<input type="checkbox"/> RIF. CEFALOM.	<input type="checkbox"/> CERA	<input type="checkbox"/> altro
<input type="checkbox"/> BANDE	<input type="checkbox"/> ATTACCHI	<input type="checkbox"/> ARCO FACCIALE	<input type="checkbox"/> CERA COSTRUZIONE	
<input type="checkbox"/> IMPRONTE	<input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/> INF	DISINFETTATE CON		

<b>CONSEGNA PER</b>	<b>FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE</b>