

MITTENTE		DESTINATARIO	
MEDICO		LABORATORIO ASTRA DI ODONTOTECNICO GIUSEPPE ASTORINO	
Partita Iva / C.F.		partita Iva / C.F. 1856970189	
n. iscrizione albo odontoiatri e/o medici		n. registrazione Ministero Sanità	ITCAD1027418
provincia in cui si è iscritti			
STUDIO Ragione sociale		Ragione sociale Laboratorio ASTRA di giuseppe Astorino	
VIA		VIA	Dei Guarneri,24
CITTA'		CITTA'	20141 Milano
Telefono		Telefono	02/5397763

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

		FORMA DEL VISO
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	<input type="checkbox"/>
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	<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"/> altro

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	

1° PROVA PER 2° PROVA PER 3° PROVA PER CONSEGNA PER		FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE
--	--	-------------------------------