PRESCRIZIONE E PROGETTAZIONE TECNICA DI **D**ISPOSITIVO **M**EDICO SU **M**ISURA: ***PROTESI ORTODONTICA*** MOD-RDC-10/a

DATA PRESCRIZIONE	**ORTHOCHECK** **DI PALLA RICCARDO** **VIA GOCCIADORO, 11** **38100 TRENTO** **TEL 0461 932787 – Fax 0461 396539** **PARTITA IVA: 01360680225** **REG. IMPRESE N° 66053/96** **REG. MIN. SANITA' N° ITCA01011576**	DATA CONSEGNA **DMM**
PRESCRIZIONE N. (Riservato al committente)		N. INTERNO (Riservato a laboratorio)

STUDIO DENTISTICO IN REGIME DI CONSULENZA :	**SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE**: COGNOME: NOME: O COD. FISC.: ETA: SESSO: ❒ M ❒ F **Evitando l'uso delle seguenti sostanze:**
RILEVAMENTI FORNITI: IMPRONTE: ❒ SUP ❒ INF IN: ❒ ELASTOMERO ❒ ALGINATO ❒ SILICONE MODELLI: ❒ SUP ❒ INF REGISTRAZIONE OCCLUSALE: ❒ IN ABITUALE ❒ TERAPEUTICA: ❒PROTRUSA ❒ CON RIALZO ARCO FACCIALE: ❒ COMPLETO ❒ FORCHETTA ❒ RILIEVI DISINFETTATI CON:	**SONO PRESENTI:** ❒ MALATTIE INFETTIVE: ❒ ALLERGIE ACCERTATE: ❒ DISFUNZIONI ARTICOLARI: ❒ HANDICAP PSICOMOTORI: ❒ BRUXSISMO ❒ **Altri dispositivi e loro materiali costitutivi:**

❒ **MODELLI DA SVILUPPARE**: ❒ DI RIFERIMENTO ❒ DUPLICATI ❒ SUP ❒ INF ❒ STUDIO ❒ MUSEO
❒SECONDO AUTORE :

REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA IDENTIFICATO CON IL NOME

Quantità:		❒ SUP ❒ INF

❒ CON I SEGUENTI ELEMENTI AUSILIARI:

❒ GANCI: Modello			❒ ARCHI:
❒ VITI: ❒ CENTRALE ❒ SAGGITALE ❒ 3VIE ❒ VENTAGLIO ❒ MONODENTALE:			❒ MOLLE: ❒ SPERONI:
❒ CANULE: ❒ TUBI:			❒ ALTRO:

MATERIALE : ❒ ADATTATO DA LABORATORIO ❒ FORNITO DA STUDIO PER LAVORAZIONE (indicare tipo e marca)

❒ BANDE: tipo e marca:			❒ ATTACCHI: ❒ LING. ❒ VEST. tipo e marca:		
❒ BOTTONI: ❒ LING. ❒ VEST. tipo e marca:			❒ MASCHERINA Di trasferimento:		
❒ ARCO EXTRA ORALE tipo e marca:			❒ LIP-BUMPER: tipo e marca:		
❒ ALTRO:					

❒ SET-UP: ❒Diagnostico ❒Terapeutico ❒Completo ❒Parziale (Se parziale indicare denti nelle note) ❒ SECONDO:❒Occlusione ❒ottimale ❒Rifinitura movimenti ❒Secondo Note	❒ POSIZIONATORI: ❒ monoblocco ❒ Monomascellare ❒ sup. ❒ inf ❒ Con fori respirazione ❒ Si ❒ No ❒ MATERIALE: ❒Termoplastico ❒ Silicone ❒ Elastomero	❒ NOTE:

❒ LAVORAZIONE SU DISPOSITIVO ALLEGATO ALLA PRESENTE DA COMMITTENTE IDENTIFICATO CON IL NOME:

❒ RIPARAZIONE:	❒ ADATTAMENTO:	❒ RIBASATURA:
❒ MODIFICA:	❒ AGGIUNTA:	❒ ALTRO:

❒ DOCUMENTAZIONE ALLEGATA: ❒ CARTACEA
❒ ELETTRONICA ❒ FOTOGRAFICA ❒ ALTRO:

❒ SI DESIDERA ESSERE CHIAMATI PER QUESTO CASO AL N° 339 2902561

Il dispositivo dovrà essere fornito in base alla direttiva 93/42 CEEe in particolare all'allegato 1e VIII.
Il trattamento dei dati dovrà rispettare le disposizioni della legge 675/96, art 10 comma 3,11 e 13 e successivo D.lgs. n° 196/2003.

Tutti i diritti di questo documento appartengono alla ditta ORTHOCHECK DI PALLA RICCARDO,il cui utilizzo è riservato alla collaborazione tra il Committente e la ditta ORTHOCHECK DI PALLA RICCARDO. Ogni ulteriore utilizzo senza autorizzazione è vietato.

DATI PRESCRITTORE E INTESTATARIO FATTURA:

N°Albo	Prov.	(FIRMA)

(TIMBRO)