

| | | |
|--|---|---|
| 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 RICHIEDENTE: (timbro) Ragione sociale: Indirizzo: CAP / Città: Tel./Fax.: N°.Iscrizione Albo: _____ Provincia: _____ <input type="checkbox"/> Medici <input type="checkbox"/> Odontoiatri | | SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE: COGNOME: NOME: O COD. FISC.: ETA: _____ SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Evitando l'uso delle seguenti sostanze: |
| RILEVAMENTI FORNITI: IMPRONTE: <input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/> INF IN: <input type="checkbox"/> ELASTOMERO <input type="checkbox"/> ALGINATO <input type="checkbox"/> SILICONE MODELLI: <input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/> INF REGISTRAZIONE OCCLUSALE: <input type="checkbox"/> IN ABITUALE <input type="checkbox"/> TERAPEUTICA: <input type="checkbox"/> PROTRUSA <input type="checkbox"/> CON RIALZO ARCO FACCIALE: <input type="checkbox"/> COMPLETO <input type="checkbox"/> FORCHETTA <input type="checkbox"/> RILIEVI DISINFETTATI CON: | | SONO PRESENTI: <input type="checkbox"/> MALATTIE INFETTIVE: <input type="checkbox"/> ALLERGIE ACCERTATE: <input type="checkbox"/> DISFUNZIONI ARTICOLARI: <input type="checkbox"/> HANDICAP PSICOMOTORI: <input type="checkbox"/> BRUXSISMO <input type="checkbox"/> Altri dispositivi e loro materiali costitutivi: |
| <input type="checkbox"/> MODELLI DA SVILUPPARE: <input type="checkbox"/> DI RIFERIMENTO <input type="checkbox"/> DUPLICATI <input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/> INF <input type="checkbox"/> STUDIO <input type="checkbox"/> MUSEO <input type="checkbox"/> SECONDO AUTORE : | | |

REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA IDENTIFICATO CON IL NOME

| | | |
|-----------|--|--|
| Quantità: | | <input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/> INF |
|-----------|--|--|

CON I SEGUENTI ELEMENTI AUSILIARI:

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> GANCI: Modello | <input type="checkbox"/> ARCHI: |
| <input type="checkbox"/> VITI: <input type="checkbox"/> CENTRALE <input type="checkbox"/> SAGITTALE <input type="checkbox"/> 3VIE <input type="checkbox"/> VENTAGLIO <input type="checkbox"/> MONODENTALE: | <input type="checkbox"/> MOLLE: <input type="checkbox"/> SPERONI: |
| <input type="checkbox"/> CANULE: <input type="checkbox"/> TUBI: | <input type="checkbox"/> ALTRO: |

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

| | | |
|---|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BANDE: tipo e marca: | <input type="checkbox"/> ATTACCHI: <input type="checkbox"/> LING. <input type="checkbox"/> VEST. tipo e marca: | |
| <input type="checkbox"/> BOTTONI: <input type="checkbox"/> LING. <input type="checkbox"/> VEST. tipo e marca: | <input type="checkbox"/> MASCHERINA Di trasferimento: | |
| <input type="checkbox"/> ARCO EXTRA ORALE tipo e marca: | <input type="checkbox"/> LIP-BUMPER: tipo e marca: | |
| <input type="checkbox"/> ALTRO: | | |
| <input type="checkbox"/> SET-UP: <input type="checkbox"/> Diagnostico <input type="checkbox"/> Terapeutico <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Parziale (Se parziale indicare denti nelle note) <input type="checkbox"/> SECONDO: <input type="checkbox"/> Occlusione <input type="checkbox"/> Ottimale <input type="checkbox"/> Rifinitura movimenti <input type="checkbox"/> Secondo Note | <input type="checkbox"/> POSIZIONATORI: <input type="checkbox"/> monoblocco <input type="checkbox"/> Monomascellare <input type="checkbox"/> sup. <input type="checkbox"/> inf <input type="checkbox"/> Con fori respirazione <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> MATERIALE: <input type="checkbox"/> Termoplastico <input type="checkbox"/> Silicone <input type="checkbox"/> Elastomero | <input type="checkbox"/> NOTE: |

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

| | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RIPARAZIONE: | <input type="checkbox"/> ADATTAMENTO: | <input type="checkbox"/> RIBASATURA: |
| <input type="checkbox"/> MODIFICA: | <input type="checkbox"/> AGGIUNTA: | <input type="checkbox"/> ALTRO: |

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA: CARTACEA
 ELETTRONICA FOTOGRAFICA ALTRO:

| | | |
|---|---|------------|
| <input type="checkbox"/> SI DESIDERA ESSERE CHIAMATI PER QUESTO CASO AL N° 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 | |
| | N°Albo | Prov. |
| | | (TIMBRO) |
| | <input type="checkbox"/> Odontoiatri <input type="checkbox"/> Medici | |