

Via della Balduina 63 A/B / 00136 Roma • T. 06 64 56 04 40 • info@svedion.it • www.svedion.it  
P.I. 04608751006 • ISCRIZIONE MINISTERO SANITÀ N. ITCA0102866 • CCIA N° 161793 • REA N° 0675887

**PRESCRIZIONE DI DISPOSITIVO ODONTOIATRICO SU MISURA**

STUDIO MEDICO: \_\_\_\_\_

VIA: \_\_\_\_\_ / CITTÀ: \_\_\_\_\_ / CAP: \_\_\_\_\_

N° ISCRIZIONE ALBO: \_\_\_\_\_

**SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE**

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ / SESSO **M** **F**

FORMA DEL VISO  OVALE  ROTONDO  TRIANGOLARE

ALLERGIE ED INTOLLERANZE ACCERTATE \_\_\_\_\_

PRESUNTE \_\_\_\_\_

POSSIBILI PROBLEMI DOVUTI AD ALTRI DISPOSITIVI PRESENTI \_\_\_\_\_

SI RICHIEDE L'ESECUZIONE DI UN DISPOSITIVO ODONTOIATRICO SU MISURA CON LE SEGUENTI CARATTERISTICHE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DESCRIZIONE DEL COLORE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

PROSSIMA CONSEGNA \_\_\_\_\_ IMPRONTE RILEVATE IN \_\_\_\_\_

PROSSIMA CONSEGNA \_\_\_\_\_ DISINFETTATE CON \_\_\_\_\_

LAVORO FINITO \_\_\_\_\_ REGISTRAZIONI OCCLUSALI CON  CERA  RESINA

IN ALLEGATO FOTO  SI  NO

FIRMA DEL RESPONSABILE \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_