

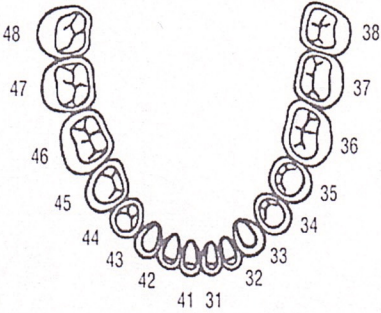
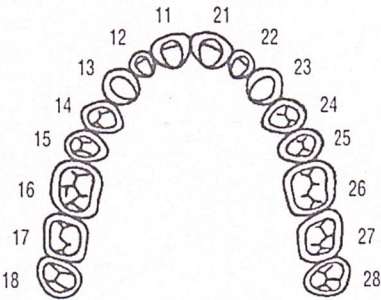
TIMBRO PRESCRITTORE	ORTHOLAB S.n.c. Piazza Bolzano 4 33100 Udine (UD) P.I. 02986250302 Ivan De Faccio 339.7381493 Nicola Ferraro 338.2939704 Date n.
---------------------	---

DATI E RIFERIMENTI RELATIVI AL PAZIENTE		DOCUMENTI E MATERIALI ALLEGATI	
Cognome e Nome		☐ Foto ☐ Diapositive ☐ Rx Modd. già sviluppati: ☐ Sup. ☐ Inf. Modd. in studio ☐ Sup. ☐ Inf. Apparecchio scheletrico ☐ Sup. ☐ Inf. ☐ Centratura diagnostica ☐ Altro	
		Registrazione oclusale in:	
		☐ Siliconi ☐ Cere ☐ Gesso ☐ Arco facciale ☐ Resine ☐ Morso ☐ Altro	
Bruxista ☐ Si ☐ No Sesso ☐ M ☐ F Età:		Impronte rilevate in:	
		☐ Alginato ☐ Silicone ☐ Elastomero ☐ Altro	
Particolari Precauzioni da adottare nella fabbricazione:		Data e Ora della rilevazione	
		Impronte disinfettate con	

Si richiede l'esecuzione di un Dispositivo Medico Odontoiatrico su misura con le seguenti caratteristiche:

DESCRIZIONE

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8



Consegna per	GIORNO MESE ANNO	Firma del Medico Prescrivente
--------------	-----------------------------	-------------------------------