

PRESCRIZIONE PROTESICA DI DISPOSITIVI MEDICI SU MISURA N°

DATA _____

Mittente

Medico/Odontoiatra _____

n. iscrizione albo odontoiatri e/o medici _____

provincia in cui si è iscritti _____

Studio _____

ragione sociale _____

via _____ città _____

telefono _____ partita Iva/C.F. _____

Destinatario



Wisil Latoor
laboratorio dentale

V.le Abruzzi, 34 - 20131 Milano

Tel. 02 29404192 - Fax 02 29523936

P.IVA/C.F. 09262710156

www.wisillatoor.it

n° Iscriz. Reg. Min. Sanità ITCA01014489

SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE

Cognome e Nome _____ **Codice fiscale** _____

sexo M F

età _____

Bruxista

Altri dispositivi presenti e loro materiali costruttivi

Particolari precauzioni da adottare nella fabbricazione

LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO PER TERAPIA PROTESICA

MOBILE

SCHELETRATA

COMBINATA

PROVVISORIA

FISSA

STRUTTURA

PARTE ESTETICA

ALTRO

METALLO tipo _____

COLORE _____ SCALA _____

BASE in RESINA tipo _____

RESINA

CERAMICA

COMPOSTO FOTOPOLIMERO

LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA

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

FORMA DEL VISO



MATERIALI ALLEGATI

PORTA IMPRONTE SUP INF | IMPRONTE SUP INF | RILEVATE IN _____ | DISINFETTATE CON _____

MODELLI GIÀ SVILUPPATI SUP INF | MORSO IN CERA | ALTRE REGISTRAZIONI _____ | ARCO FACCIALE

ALTRO OCCLUSORE _____ | CORONE | ATTACCHI | DENTI | PROTESI

Si desidera essere chiamati per questo caso _____

1° Prova per _____

2° Prova per _____

3° Prova per _____

Consegna per _____

Fascicolo tecnico n° _____

(Assegnato dal laboratorio)

Firma del prescrittore _____