

PRESCRIZIONE E PROGETTAZIONE CLINICA DI DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA PER TERAPIA ORTODONTICA

DESTINATARIO



laboratorio ortodontico

di Manuela Tromba e Massimo Falcone s.n.c.

Realizzazioni tecnico-ortodontiche

Via P. da Palestrina, 4 - 34133 TRIESTE

Tel. 040 391 237 - Fax 040 3401133

COD.FISC./P.IVA/N°CCIAA di Trieste 01059560324 N°REA 121509
Reg. Min. San. ITCA01019698

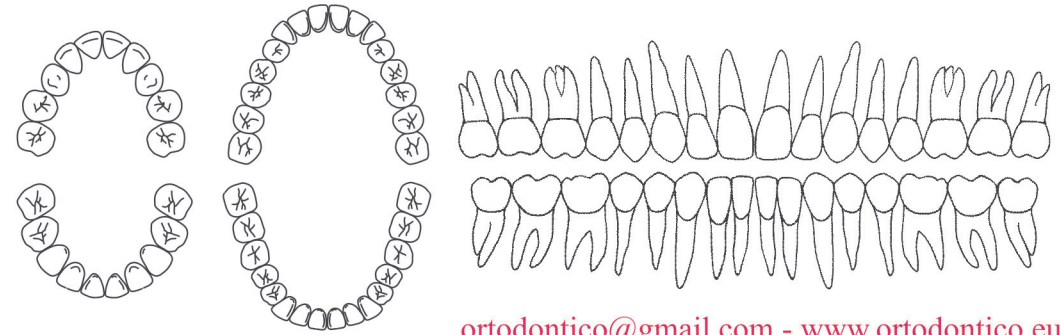
MITTENTE - STUDIO RICHIEDENTE

Indirizzo

CAP e Città

Telefono

N°Iscr.ne all'Albo



ortodontico@gmail.com - www.ortodontico.eu

SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE		CODICE
NATO IL	SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NOTE SUL PAZIENTE

RILEVAMENTI FORNITI

IMPRONTE:	<input type="checkbox"/> sup.	<input type="checkbox"/> inf.	<input type="checkbox"/> Disinfettate		
materiale impronte:	<input type="checkbox"/> Alginato	<input type="checkbox"/> Elastomero	<input type="checkbox"/> Silicene		
CERE:	<input type="checkbox"/> Rel.Abituale	<input type="checkbox"/> Rel.Centrica	SI ALLEGA:	<input type="checkbox"/> Modelli	<input type="checkbox"/> Rif.Cefalometrici
	<input type="checkbox"/> Morso di Costruzione	<input type="checkbox"/> Arco Facciale		<input type="checkbox"/> Bande _____	<input type="checkbox"/> Attacchi _____
				<input type="checkbox"/> Altro _____	

<input type="checkbox"/> MODELLI STUDIO TIPO _____	<input type="checkbox"/> DUPLICATURA
<input type="checkbox"/> MODELLI LAVORO	<input type="checkbox"/> MODELLI ZOCCOLATI

REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO TIPO:

COLORE _____

EVITANDO L'USO DELLE SEGUENTI SOSTANZE


CARATTERISTICHE SPECIFICHE DI PROGETTAZIONE

CON INSERITI I SEGUENTI DISPOSITIVI

MOLLE	ARCHI	VITI	GANCI
GRIGLIA	SCUDI	PIANI DI RIALZO	<input type="checkbox"/> ANT. <input type="checkbox"/> POST.
ALTRI ELEMENTI AUSILIARI			
RIPARAZIONE	MODIFICA	RIADATTAMENTO	

NOTE

NOTE



POSIZIONATORI

MONOBLOCCO MONOMASCELLARE SUP. INF.
 ELASTORIFINITORE ELASTOSAMU

MATERIALE: SILICONE TERMOPLASTICO VINILICO
AUSILIARI: TRAZIONI FILO PER CONTROLLO ESPANSIONE

SET-UP: COMPLETO PARZIALE (indicare denti da spostare) _____

ORTODONZIA FISSA REALIZZATA IN LABORATORIO

BANDE SU: _____
 ATTACCHI DA PUNTARE TIPO _____ VEST. PAL. SU: _____
 ATTACCHI DIRETTI TIPO _____ VEST. PAL. SU: _____
 ATTACCHI INDIRETTI TIPO _____ VEST. PAL. SU: _____
 BOTTONI-CLEATS TIPO _____ VEST. PAL. SU: _____

CONSEGNA

DATA _____ ORA _____ FASCICOLO TECNICO N° _____
(assegnato dal laboratorio)

SI DESIDERA ESSERE CHIAMATI PER QUESTO CASO

Il dispositivo dovrà esser fornito in conformità alla direttiva 93/42 CEE e in particolare all'allegato 1.
Il trattamento dei dati del paziente dovrà rispettare i disposti del D. Lgs. 196/03.

DATA DI PRESCRIZIONE

TIMBRO E FIRMA DEL PRESCRITTORE
