

# Prescrizione / Progetto

STUDIO DENTISTICO RICHIEDENTE

Laboratorio Odontotecnico  
di Ortodonzia  
**FRANCO RINALDIN**  
Via Garda, 42/b  
30027 San Donà di Piave (VE)  
Tel. 0421.221401  
P.IVA /C.F. 02409420276  
n. registro Ministero Sanità:  
ITCA01013919

Data .....

Paziente Sig. ....

Professione .....

Età .....

Sesso  M  F

numero  
iscrizione  
albo

Odontoiatri  
 Medici

N°Albo

Prov.

## DESCRIZIONE DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA RICHIESTO

Descrizione e specifica

### Materiali allegati

- Foto  Diapositive  
 Modelli studio  sup.  inf.  
 Ceratura diagnostica  
 Modelli già sviluppati  
 Impronte

Rilevate in .....

Disinfettate con .....

### Registrazione occlusali

- cere  siliconi  
 resine  gesso  
 arco facciale  
 registrazione pantografica  
 .....

- Protesi Dentale Fissa  
 Protesi Dentale Mobile  
 Protesi Dentale Combinata

- Protesi Dentale Scheletrica  
 Protesi Dentale Ortodontica  
 Protesi Dentale Provvisoria

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

ovale  rotonda  triangolare

### Colore

## ANAMNESI PAZIENTE

- Malattie infettive  
 Allergie accertate  
 Disfunzioni articolari  
 Presenza altri dispositivi e loro materiali  
 Handicap psicomotori  
 Bruxista  
 Altro

### Tipo di lega da utilizzare

- lega oro  
 lega palladiata  
 lega Cr.Co  
 altro  
 .....

### Consegna dispositivo

1° prova per .....

2° prova per .....

Consegna per il .....

Il dispositivo dovrà essere fornito in base alla direttiva 93/42 CEE in particolare all'allegato VIII. Il trattamento dei dati dovrà rispettare le disposizioni della legge 87/698 art. 10 comma 3.11 o 13 o successivo D.lgs. n° 196/2003. Tutti i diritti di questo documento appartengono alla ditta FRANCO RINALDIN, il cui utilizzo è riservato alla collaborazione tra il Committente e la ditta FRANCO RINALDIN. Ogni ulteriore utilizzo senza autorizzazione è vietato.

N°Albo

Prov.

### DATI PRESCRITTORE

Odontoiatri  
 Medici