

Destinatario : ITCA 01008687

LABORATORIO ORTODONTICO PEZZI

Via GRAMSCI, 104F - 42124 REGGIO EMILIA(RE) C.F.: PZZVNI61H23H223H Partita IVA: 00702340357 Tel. 0522 / 271051 Fax 0522 / 271051 E-mail: laboratorio@ivanopezzi.191.it Iscr. Elenco Fabbrikanti n° : ITCA 01008687

Timbro dello studio richiedente

Prescrizione numero :	Data :
-----------------------	--------

Si richiede per il paziente

Cognome e Nome :	Codice fiscale :
Sesso : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Età :
	Bruxista : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Malattie infettive :	
Allergie accertate :	
Disfunzioni articolari :	
Altri dispositivi presenti e loro materiali costruttivi:	

La realizzazione del dispositivo medico su misura di tipo ortodontico identificato con il nome di :

Richiesta di :

Modelli zoccolatore <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Duplicazione modelli <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tracciato cefalometrico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Modelli Tweed <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Relazione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cartella <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Modelli tipo Tweed <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Altro	

Ortodonzia Mobile

PIANO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Masticante <input type="checkbox"/>	Liscio <input type="checkbox"/>	Altro
---	-------------------------------------	---------------------------------	-------

Ortodonzia Fissa

Bande da noi fornite su :	Attacchi diretti su :
BAnde da adattare su :	Attacchi indiretti su :
Attacchi da puntare su :	Bottoni - Cleats su :

Ortodonzia Posizionatore

Materiali _____	<table border="1"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>	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
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																		

Materiali allegati

Modelli SUP. <input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rif Cefalometr.	<input type="checkbox"/> Cera di centrica	Altro :
<input type="checkbox"/> Bande	<input type="checkbox"/> Attacchi	<input type="checkbox"/> Arco facciale	<input type="checkbox"/> Cera in testa
Impronte SUP. <input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/>	Disinfettate con :		

Si richiede contatto telefonico per eventuali chiarimenti del caso

Note :	
Consegnare per il :	Firma del medico prescrivente

Timbro dello studio richiedente

BUONO D'ORDINE

Dott. _____ / /

Con la presente si richiede al laboratorio odontotecnico :

LABORATORIO ORTODONTICO PEZZI

Via GRAMSCI, 1041F

la lavorazione di seguito indicata, relativamente ad interventi sulla protesi preesistente del/la Sig/Sig.ra

Codice _____

Lavorazioni da eseguire :

- Riparazione
- Ripristino placca
- Ribasatura
- Riposizionamento dente
- Aggiunta dente
- Riposizionamento gancio
- Aggiunta gancio
- Sostituzione attacchi
- Saldatura
- Rifacimento faccetta
- _____

Note : _____

La lavorazione richiesta prevede interventi sulla protesi preesistente che non rappresentano una rimessa a nuovo della stessa.

Consegna prevista per il giorno : _____ / _____ / _____

(Firma e timbro)