

PRESCRIZIONE PROTESI ODONTOIATRICHE

STUDIO DENTISTICO		Laboratorio Odontotecnico FABIO POZZA Via Val Cannobina 15 Milano Tel. 0248911584																																																	
Codice Fiscale: Partita Iva: Iscritto con il N°: Albo : Provincia :		N°	Data:																																																
		PAZIENTE Cognome Nome C.F.																																																	
		Categoria Dispositivo <input type="checkbox"/> Protesi Fissa <input type="checkbox"/> Protesi Combinata <input type="checkbox"/> Protesi Mobile <input type="checkbox"/> Protesi Provisoria																																																	
		ANAMNESI PAZIENTE																																																	
- Malattie Infettive - Allergie accertate - Disfunzioni articolari - Handicap psicomotori - Bruxista - Presenza altri dispositivi - Composizione dei loro materiali - Altro -		SCHEMA DENTALE																																																	
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"><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><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </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																																				
-		DESCRIZIONE DEL DISPOSITIVO																																																	
ALTRE INFORMAZIONI Età..... Sesso -M- -F- Forma del viso:		<hr/> MATERIALI DA UTILIZZARE <hr/>																																																	
DESCRIZIONE COLORE																																																			
NOTE																																																			
MATERIALI ALLEGATI <input type="checkbox"/> Cere <input type="checkbox"/> Arco Facciale <input type="checkbox"/> Altro		IMPRONTE Rilevate il Materiale Disinfettate con																																																	
1 ^a Prova per 2 ^a Prova per 3 ^a Prova per - Finito per		Timbro e Firma																																																	