

PRESCRIZIONE ORTODONTICA

Medico prescrivente _____

Materiali Allegati

Impronte/Scansioni

Studio _____ N° Iscrizione Albo _____

Foto

Sup

Paziente _____ Genere _____ Età _____

Rx Panoramica

Inf

Allergie/Malattie infettive _____

Rx Tele

Reg. Occlusale

SI RICHIEDE L'ESECUZIONE DEL SEGUENTE DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA

DUPLICARE Superiore Inferiore

COLORE: _____ **PERSONALIZZAZIONE FIGURINA:** _____

*visualizzare sito internet per il catalogo delle figurine e colori.

DISPOSITIVO DA REALIZZARE: Mobile Fisso

Data e firma del medico prescrittore

Data consegna progetto

La visualizzazione del caso è una simulazione virtuale e non garantisce il risultato clinico.

Diagnosi e prescrizione sono responsabilità del medico odontoiatra; il laboratorio opera sui dati ricevuti e non risponde di errori o modifiche non comunicate per iscritto.