PRESCRIZIONE ORTODONTICA DI DISPOSITIVI MEDICI SU MISURA

DATA

Mittente

Medico/Odontoiatra .....

n. iscrizione albo odontoiatri e/o medici .....

provincia in cui si è iscritti .....

Studio .....

ragione sociale .....

via ..... città .....

telefono ..... partita Iva/C.F. .....

Destinatario

Wisil Lab Milano Srl
laboratorio dentale

V.le Abruzzi 34 - 20131 Milano
Tel 02/29404192 Fax 02/29523932
P.iva 14271140965
www.wisillatoor.it
N.Iscriz. Min. Salute ITCA01062177

SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE

Cognome e Nome ..... **Codice fiscale** .....

sesso ☐ M ☐ F età ..... Bruxista ☐

Altri dispositivi presenti e loro materiali costruttivi	.....
Particolari precauzioni da adottare nella fabbricazione	.....

LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO PER TERAPIA PROTESICA

☐ MOBILE ☐ SCHELETRATA ☐ COMBINATA ☐ PROVVISORIA ☐ FISSA

STRUTTURA	PARTE ESTETICA	ALTRO
METALLO tipo	COLORE ..... SCALA	
BASE in RESINA tipo	☐ RESINA ☐ CERAMICA ☐ COMPOSTO FOTOPOLIMERO	

LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

☐ ▼ ☐ ● ☐ ■

MATERIALI ALLEGATI

PORTA IMPRONTE ☐☐ | IMPRONTE ☐☐ | RILEVATE IN ..... | DISINFETTATE CON .....

MODELLI GIÀ SVILUPPATI ☐☐ | ☐ MORSO IN CERA | ☐ ALTRE REGISTRAZIONI ..... | ☐ ARCO FACCIALE

☐ ALTRO OCCLUSORE ..... | ☐ CORONE | ☐ ATTACCHI | ☐ DENTI | ☐ PROTESI

Si desidera essere chiamati per questo caso ☐ .....

1ª Prova per .....

2ª Prova per .....

3ª Prova per .....

Consegna per .....

Fascicolo tecnico n°

(Assegnato dal laboratorio)

Firma del prescrittore

modulo scaricabile dal sito: www.wisillatoor.it