

# MODULO PER RICHIESTA PRESCRIZIONE MEDICA

MITTENTE

DESTINATARIO

STUDIO MEDICO (timbro):

**LABORATORIO ODONT. GOLDEN SMILE**

P.IV/C.F.:

n. iscrizione albo odontoiatri e/o medici

Provincia in cui si è iscritti:

INDIRIZZO:

Via:

Città:

Telefono:

P.IV/C.F. 02815260100

n.registro Ministero Sanità

ITCA01010091

Genova

INDIRIZZO:

Via Fieschi 3 /10

Genova

tel: 010 /591747



**PRESCRIZIONE NUMERO**

**DATA**

**DATI DEL PAZIENTE**

(Nome - Cognome - Cod. Fiscale)

ETA'

SESSO

M

F

BRUXISTA

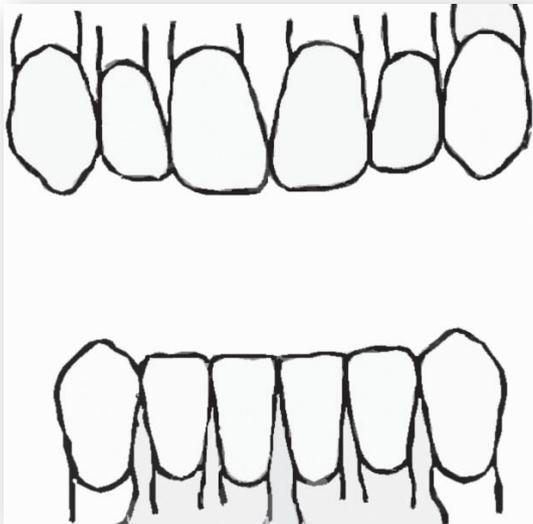
Allergie ed intolleranze (accertate o presunte):

Possibili problemi dovuti ad altri dispositivi presenti:

Eventuali difficoltà manuali del paziente:

## INDICAZIONI PER LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA

### Colorazione dentimetrica



### FORMA DEL VISO



### SUPERFICIE DEI DENTI

Ruvida

Media

liscia

### LUCENTEZZA FINALE

Opaca

Media

Brillante

COLORE:

CAMPIONARIO:

### TIPO DI LEGA DA UTILIZZARE

Oro

Palladiata

Cr. Co

Titanio

Zirconia

Silicato

Altro:

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

Foto

Diapositive

Ceratura  
diagnostica

Modelli studio

Modelli già sviluppati

Sup  Inf

Impronte

Rilevate in

Disinfettate con

## REGISTRAZIONI OCCLUSALI

Cere

Siliconi

Resine

Gessi

Arco facciale

Registrazione Pantografica

1° Prova per

2° Prova per

3° Prova per

4° Prova per

FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE