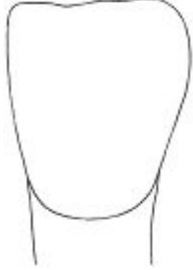


PRESCRIZIONE / PROGETTO DI ESECUZIONE DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA

PRESCRIVENTE	FABBRICANTE																																																																
<i>Prescrivente:</i> <i>Reg. Albo Medici/Odontoatri:</i> <i>Provincia:</i>	Laboratorio Odontotecnico Sandro Iannotti via Roma 206/B 67051 - AVEZZANO (AQ) Reg. Min. Salute: ITCA01043636																																																																
<i>Data Prescrizione:</i> <i>Codice Prescrizione:</i> <i>Paziente:</i>	DEFINIZIONE COLORE 																																																																
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Età: <input type="checkbox"/> < 20 <input type="checkbox"/> 20 - 40 <input type="checkbox"/> 40 - 60 <input type="checkbox"/> > 60 Viso: <input type="checkbox"/> Ova <input type="checkbox"/> Qua <input type="checkbox"/> Tri <input type="checkbox"/> <i>Impronta disinfettata con:</i>	Base <i>Vita classical</i> <i>SR-Ivoclar PE</i> _____																																																																
DESCRIZIONE DISPOSITIVO(I) RICHIESTO(I)	<table style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <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><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
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																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
MATERIALI UTILIZZATI PER LA FABBRICAZIONE																																																																	
<i>STRUTTURE</i>																																																																	
<input type="checkbox"/> Acetato <input type="checkbox"/> Allumina <input type="checkbox"/> Aurogalvan <input type="checkbox"/> Ceramica <input type="checkbox"/> Composito <input type="checkbox"/> Disilicato	<input type="checkbox"/> Fibra di Carbonio <input type="checkbox"/> Fibra di Vetro <input type="checkbox"/> Graphene <input type="checkbox"/> Lega Nobile <input type="checkbox"/> Lega Vile <input type="checkbox"/> Nylon																																																																
<input type="checkbox"/> PEEK <input type="checkbox"/> PMMA <input type="checkbox"/> Poliammide <input type="checkbox"/> Resina <input type="checkbox"/> Titanio <input type="checkbox"/> Zirconia	<i>ACCESSORI ADATTABILI</i> <input type="checkbox"/> Attacchi ecc. <input type="checkbox"/> Comp. Implantare <input type="checkbox"/> Comp. Ortodontica <input type="checkbox"/> Denti Preformati <input type="checkbox"/> Filo Trafilato																																																																
ALLEGATI																																																																	
<i>IMPRONTE</i>	<i>MODELLI</i>	<i>REG. OCCLUSALI</i>	<i>VARIE</i>																																																														
<input type="checkbox"/> Alginato <input type="checkbox"/> Gesso <input type="checkbox"/> Idrocolloide <input type="checkbox"/> Polietere <input type="checkbox"/> Polisolfuro <input type="checkbox"/> Silicone	<input type="checkbox"/> Antagonista <input type="checkbox"/> Modelli Studio	<input type="checkbox"/> Cera <input type="checkbox"/> Gesso <input type="checkbox"/> Resina <input type="checkbox"/> Silicone	<input type="checkbox"/> Arco facciale <input type="checkbox"/> Accessori Adattabili <input type="checkbox"/> File STL <input type="checkbox"/> Fotografie																																																														
Note: Il presente documento compilato in tutte le sue parti e recante la firma del professionista è da considerarsi prescrizione medica come previsto dal Regolamento Europeo 2017/745 (MDR) in abrogazione alla Direttiva Europea 93/42. In presenza di altri dispositivi protesici, il documento dovrà contenere se si tratta di dispositivi antecedenti al suddetto Regolamento, indicare i materiali che sono stati utilizzati e possibili incompatibilità o allergie con i manufatti esistenti. In caso di intervento a riparazione di un dispositivo la lavorazione sarà conforme solo alla parte interessata dall'intervento medesimo e non deve intendersi, in qualsiasi caso, come rimessa a nuovo del dispositivo.		Firma prescrivente progetto di esecuzione																																																															
NOTE DI PROGETTAZIONE																																																																	
<i>Prima Prova:</i>	<i>Consegna:</i>																																																																