

ASPETTO

SUPERFICE

TESSITURA

LISCIA

MEDIA

RUVIDA

LUCENTEZZA

BRILLANTE

MEDIA

OPACA

COLORE _____

SCALA _____

PRESCRIZIONE PER DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA AD USO ODONTOIATRICO MDR 2017/745

DATA ___/___/___ N°

SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE

COGNOME E NOME

SESSO M F ETA'

ALTRI DISPOSITIVI PRESENTI

PARTICOLARI PRECAUZIONI DA ADOTTARE IN FABBRICAZIONE

LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA

TIPOLOGIA FISSO MOBILE ORTODONTICO POSIZIONE

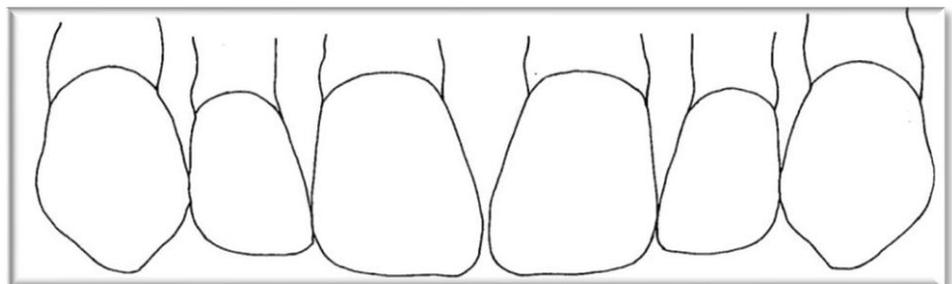
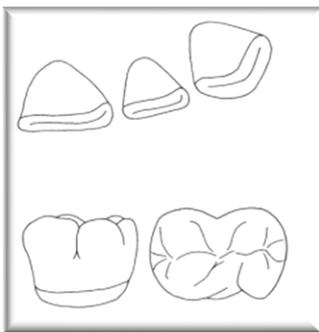
DESCRIZIONE

MATERIALI

CR-CO TITANIO NOBILE

PORCELLANA COMPOSITO RESINA

ZIRCONIA INTEGRALE ZIRCONIA RIVESTITA DISILICATO



FIRMA DELL'ODONTOIATRA PRESCRITTORE