

DATA
N. Prescrizione:

PRESCRIZIONE DI DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA INDIVIDUALE AD USO ODONTOIATRICO

È NECESSARIO CHE IL DOTTOR FORNISCAS I SEGUENTI DATI CONSIDERATI DAL MINISTERO DELLA SANITÀ "REQUISITI MINIMI" MA INDISPENSABILI PER LA VALIDITÀ DELLA PRESCRIZIONE

(MITTENTE) FATTURARE A: (TIMBRO)	PRESCRIVENTE MEDICO ODONTOIATRA: DOTT. _____ INDIRIZZO _____ N. _____ CAP E CITTÀ _____ P.IVA _____ N. ISCR. ALBO _____ PROVINCIA IN CUI SI È ISCRITTI _____
--	--

DESTINATARIO: Laboratorio FRANCIOLI ORTODONZIA Srl Via L. Morandi, 106 - 50141 Firenze (Italia) - Tel. 055/410125 Fax 055/4223423 - P.IVA 06588950482
e-mail: info@franciolorodonzia.com - Sito Web: www.franciolorodonzia.com - Responsabile immissione in comm. Dr. Francioli Daniele (I.M.S. in attesa del n. di iscrizione) REA 466659

PER IL PAZIENTE: Cognome e Nome/Cod. Fisc. _____ Et  _____ Sesso F M

ANAMNESI:
Malattie infettive SI NO Allergie accertate SI NO Altri dispositivi presenti e loro materiali costitutivi SI NO
Disfunzioni articolate SI NO Handicap Psicomotorio SI NO

INVIAMO IL MATERIALE: Impronta da colare <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↑ Impronta da colare <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓ Disinfettate <input type="checkbox"/> SI Disinfettate <input type="checkbox"/> NO	N. <input type="checkbox"/> Modello attuale ↑ N. <input type="checkbox"/> Modello attuale ↓ N. <input type="checkbox"/> Modello precedente ↑ N. <input type="checkbox"/> Modello precedente ↓ N. <input type="checkbox"/> Morso di costruzione N. <input type="checkbox"/> Cera di articolazione	N. <input type="checkbox"/> Bande senza attacco su: _____ N. <input type="checkbox"/> Bande con attacco su: _____ N. <input type="checkbox"/> Attacchi <input type="checkbox"/> Vest. su: da puntare: <input type="checkbox"/> Pal/Ling su: _____ Altro: _____	Dispositivo precedente <input type="checkbox"/> ↑ _____ Dispositivo precedente <input type="checkbox"/> ↓ _____ Box (portapparecchio) precedente <input type="checkbox"/> Colore _____ RX Ortopantomografia <input type="checkbox"/> - RX Teleradiografia <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> - CD inviato x email <input type="checkbox"/> Contenitore portamodelli <input type="checkbox"/> Articolatore <input type="checkbox"/> Altro: _____
--	---	--	---

SI RICHIEDE LA REALIZZAZIONE DEL SEGUENTE DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA:

Arcata superiore: _____

Colore resina _____ Simboli da inserire nella resina _____

Arcata inferiore: _____

Colore resina _____ Simboli da inserire nella resina _____

CON I SEGUENTI SERVIZI:

Duplicatura modelli ↑ Nuovo Box Inviare blocchetto prescrizioni
Duplicatura modelli ↓ Rinviato impronte/modelli per lavoro messo in attesa Analisi dei modelli scritta
Analisi modelli con Tracciato Cefalometrico, misurazioni ortodontiche, servizio diagnosi e Piano di Trattamento (studio completo del caso)

SI RICHIEDE DI VALUTARE IL NON ADEBITO DELLA LAVORAZIONE DEL DISPOSITIVO RINVIATO CHE PRESENTA PROBLEMI CLINICI DI ADATTAMENTO

SI DESIDERA ESSERE CHIAMATI PER PARLARE DI QUESTO CASO LAVORO FINITO LAVORO IN PROVA

Consegnare presso Studio Dentistico _____

Consegna presso Lab. Francioli Ortodonzia in orario _____ in data _____

* NEL CASO NON SIA RIPORTATA LA DATA DI CONSEGNA IL LABORATORIO SI AVVAR  DEI TEMPI INTERNI DI LAVORAZIONE

FIRMA DEL MEDICO PRESCRIVENTE _____

Il dispositivo dovr  esserci fornito in conformit  alla direttiva 93/42 CEE, e in particolare all'All.I - I dati del paziente saranno trattati in rispetto al D.L. 196/03 Titolo II Art. 7/8/9/10