

Si richiede l'esecuzione di un Dispositivo Medico Odontoiatrico su misura con le seguenti caratteristiche:

PAZIENTE _____

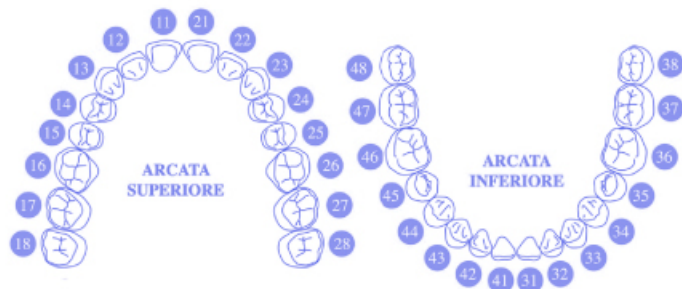
STUDIO MEDICO _____

DESCRIZIONE _____

TIPO DI LEGA DA UTILIZZARE: ☐ ORO ☐ ORO - PALLADIO ☐ PALLADIATA ☐ LEGAVILE ☐ ALTRO

TIPO DI LAVORO: ☐ PROTESI FISSA ☐ PROTESI MOBILE ☐ SCHELETRIA ☐ PROTESI PROVVISORIA ☐ COMBINATA ☐ ORTODONZIA

☐ ASSEMBLAGGIO DENTI/ RESINA SU SCHELETRATO ☐ ALTRO _____



MORFOLOGIA VISO



1^a PROVA _____ IL GIORNO _____ COLORE: _____

CONSEGNA PER _____

Firma del Medico prescrittore