

Tabella1

Prescrizione tecnica per dispositivo su misura individuale

prescrizione tecnica n°

data

Tecnico prescrivente



Tecnico costruttore

per

ORALPLAST
Via di Torrevecchia 219
00168 ROMA

intestazione fattura:

consegna a:

identificativi del lavoro:

nome/codice

età

sesso

F

M

Si invia:

Impronte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occlusioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiografie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si richiede:

Indicazioni di progettazione:

,

Dati relativi alla prescrizione medica

Dott./Studio

n° Iscriz.Albo

Prov.d'Iscriz.

N° Prescriz.

Data

Paziente/Cod.

Notizie anamnesiche:

Data consegna:

Il Tecnico Prescrivente