

PAZIENTE: _____

Prescrizione n° _____ Data _____

Dati relativi al paziente: Età: _____ Sesso: M F

Anamnesi del paziente: _____

Malattie infettive: SI NO Quali: _____

Allergie o intolleranze accertate: SI NO

Quali: _____

Bruxismo: SI NO Disfunzioni articolari: SI NO

Il paziente è già portatore di altri dispositivi? SI NO

Materiali costruttivi _____

Handicap psicomotori: SI NO Quali _____

Si richiede l'esecuzione di un dispositivo medico odontoiatrico dei seguenti elementi:

arcata superiore



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



molari premolari canini incisivi | canini premolari molari

arcata inferiore

Documenti e materiali:

FOTO
CERATURA DIAGNOSTICA
MODELLI DIGITALI
MODELLI SVILUPPATI
MODELLI STUDIO
Impronte rilevate in:
DIGITALE
ALGINATO
GESSO
SILICONE
RESINA
PVS

MORFOTIPOLOGIA DEL VISO



Descrizione e specifica: _____

Consegna Dispositivo: _____