

PRESCRIZIONE MEDICA PER DISPOSITIVO ORTODONTICO SU MISURA INDIVIDUALE

Dr..... Nr.

Iscrizione albo.....Pr.....

Pl.....

Indirizzo

.....

Città.....cap.....

FATTURARE A:.....

.....

.....

PER



TECNICA ORTODONTICA LUFRANI Srl
di Stefano LUFRANI
Via Petritoli, 15
00138 Roma
Tel. 06/87137439 - Fax 06/87137057
P.I. 15095441000

CONSEGNARE A:.....

.....

.....

NOME E COGNOME..... ETÀ.....

C.F..... SESSO [] M [] F

Si invia

IMPRONTA sup. [] inf. []

MODELLO sup. [] inf. []

CERA DI OCCLUSIONE ABITUALE []

CERA DI COSTRUZIONE []

BANDE DI IMPRONTA []

Altro.....

.....

Si richiede

APPARECCHIO MOBILE sup. [] inf. []

APPARECCHIO FISSO sup. [] inf. []

APPARECCHIO FUNZIONALE []

Indicazioni di progettazioni

Altro.....

.....

Note.....

.....

.....

.....

Notizie analgesiche di rilevanza per la fase di progettazione e costruzione del dispositivo, allergie, ecc
tec.ortodontica@gmail.com

[] FINITOPER

[] INPROVAPER

Firma del Dottore

.....