

TIMBRO MITTENTE

mo mic. Laboratorio Momic
di Nevio Momic & C.

via degli Aldegaridi, 18 - 34132 Trieste
Tel. 040 9380600 - Fax 040 9381980
p.iva 0024090324 - Albo Artigiani n° 22654

DATA _____

N. PRESCRIZIONE _____

PRESCRIZIONE DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA

PAZIENTE SIG./SIG.RA _____ ETA' _____ SESSO M F

Descrizione Dispositivi da eseguire:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Perno | <input type="checkbox"/> Mascherina tac | <input type="checkbox"/> Protesi totale inf. |
| <input type="checkbox"/> Corona/e | <input type="checkbox"/> Perno/ i su impianti | <input type="checkbox"/> Protesi parziale sup. |
| <input type="checkbox"/> Ponte | <input type="checkbox"/> Mesostruttura su imp. | <input type="checkbox"/> Protesi parziale inf. |
| <input type="checkbox"/> Elem. Provvisorio/i | <input type="checkbox"/> Intarsio/i | <input type="checkbox"/> Riparazione protesi |
| <input type="checkbox"/> Elem. Provv. Armato/i | <input type="checkbox"/> Scheletrato ganci | <input type="checkbox"/> Ribasamento |
| <input type="checkbox"/> Bite | <input type="checkbox"/> Scheletrato att. | <input type="checkbox"/> Agg. gancio |
| <input type="checkbox"/> Mascherine cont. | <input type="checkbox"/> Toronto | <input type="checkbox"/> Agg.dente |
| <input type="checkbox"/> Mascherina sbiancamento | <input type="checkbox"/> Saldatura laser | <input type="checkbox"/> Varie |
| <input type="checkbox"/> Mascherina chirurgica | <input type="checkbox"/> Protesi totale sup. | |

Note: _____

Materiale estetico:

- Ceramica Composito Resina
 P.M.M.A

Materiali da utilizzare (per ceramica)

- Oro elettr. Palladiata Disilicato di litio
 Oro alto tit. Cromo/Cobalto Ceramica fedspatica
 Oro medio tit. Zirconio Zirconia monolite

Materiali da utilizzare (per composito o resina)

- Titanio Oro/Palladio Palladio/Argento
 Peek Fibra di vetro P.M.M.A

Impronte:

- Alginato Silicone Polieteri
 Oss.Zinco Eug. Digitale Altro

Disinfettate con: _____

Registrazioni occlusali:

- Cere Siliconi Arco facciale
 Resine Registrazione pantografica Digitale

Materiali allegati

- Foto Cera Modelli già svil.
 Spectroshade Sup. Inf.
 Mod. Studio Radiografie Ponte precedente

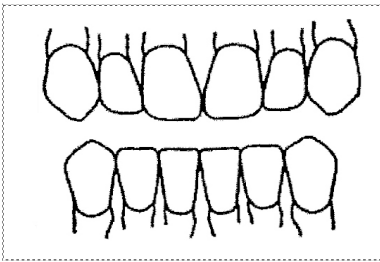
Anamnesi

- Malattie infettive Handicap psicomotori
 Allergie accertate Bruxista
 Disfunzioni articolari Altro
 Presenza altri dispositivi e mat.

Schema dentale:

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

COLORE:



- Vita Vivodent
- FORMA DEL VISO SUPERFICIE DENTI
- Viso Ovale Liscia
 Viso rotondo Media
 Viso Triangolare Ruvida
- LUCENTEZZA FINALE
 Opaca Media Brillante

LAVORO DA CONSEGNARE: Prova Finito

Consegna 1ª prova il _____ ore: _____

Consegna 2ª prova il _____ ore: _____

Consegna 3ª prova il _____ ore: _____

Consegna 4ª prova il _____ ore: _____

Consegna 5ª prova il _____ ore: _____

Firma del dentista prescrivente: _____