

Paziente

Prescrizione Numero

Data

Dott.
Indirizzo
C.F. P.Iva
Telefono Iscriz.Ordine Medici

TECNOLOGIA DENTALE DI PROTANI PAOLO & C. SAS

Via Curtatone 19, 04100 - Latina
Tel. 0773/692215
ITCA01009070

Giorno Mese Ora

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> PS	<input type="radio"/> PB	<input type="radio"/> PD	<input type="radio"/> Finito
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> PS	<input type="radio"/> PB	<input type="radio"/> PD	<input type="radio"/> Finito
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> PS	<input type="radio"/> PB	<input type="radio"/> PD	<input type="radio"/> Finito
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> PS	<input type="radio"/> PB	<input type="radio"/> PD	<input type="radio"/> Finito

Evidenziare i denti vitali V oppure i denti non vitali D

D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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
V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Richieste per l'allineamento

Viso Ovale Viso Rotondo Viso Triangolare

Tipo di lavoro : Zirconio Abutment Allineatori

Si richiede progetto tecnico SI NO

Data di nascita del paziente

Si invia al laboratorio il seguente materiale:

Sup Alginato Polivinilsilossano Polisolfuro Polietere Cera Modello

Inf Alginato Polivinilsilossano Polisolfuro Polietere Cera Modello

Disinfettato con: MD 521 Altro

Analoghi

Viti Lab

Pilastrini

Altro

Registrazioni Occlusali

Cere Siliconi Resine Gesso Altro

Fotografie inviate: No Si Mail USB Pen CD Colore Caratterizzazioni Cervicali

Caratterizzazioni Occlusali

Note

Firma Prescrittore