

Prescrizione e progettazione clinica

Dispositivo medico su misura per la terapia ortodontica

Il dispositivo dovrà esserci fornito in conformità della direttiva 93/42/CEE ed in particolare all'allegato 1.
Il trattamento dei dati del paziente dovrà rispettare i dispositivi del D.Lgs. 196/2003, art. 10, commi 3,11,13.

Mittente _____ Prescrittore Dr. _____
Indirizzo _____ N° Iscrizione albo _____
Cap e Città _____ Telefono _____

I giorni lavorativi occorrenti per la realizzazione del dispositivo sono I **5gg.** per placche mobili I **9gg.** per dispositivi fissi saldati I **12 gg.** per apparecchiature funzionali I **21 gg.** per tecnica linguale. Per eventuali urgenze contattare il laboratorio al numero 06 86898994.

Dati del paziente

Nome o codice identificativo _____
Note sul paziente _____

Realizzazione del dispositivo medico identificato con il nome

Desidero essere richiamato al munero _____

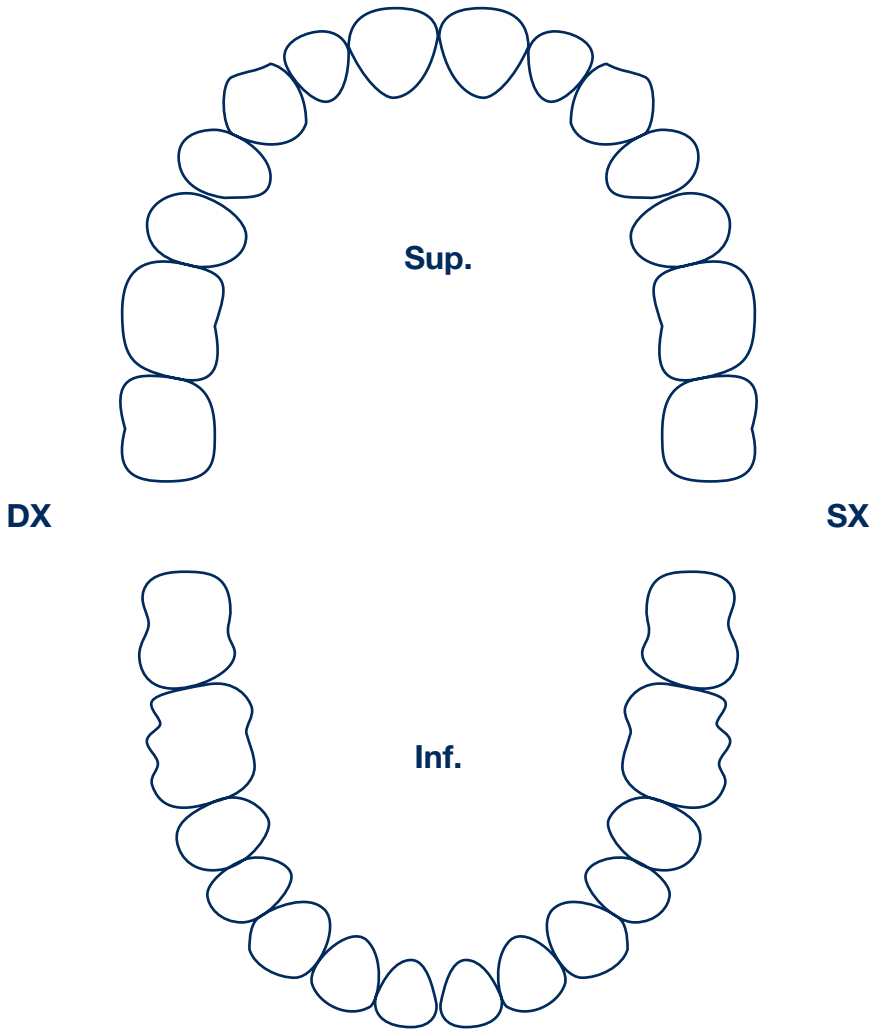
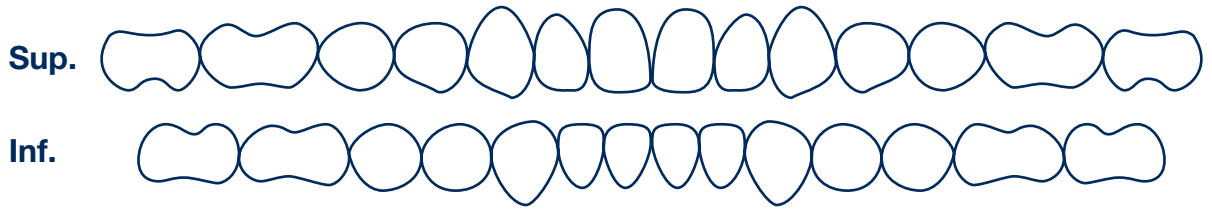
Allegati

Impronte, disinfettate con _____ Modelli Cera occlu. Abituale Cera di costruzione
 Bande Attacchi Rif. Cefalometrici Arco facciale Altro _____

Consegna per il giorno _____

Luogo della consegna _____

Firma dell'odontoiatra prescrittore _____



Note
