N. lavoro _____

Data ____ / ____ / _____

SCHEDA DI PRESCRIZIONE CLINICA

Dispositivo odontoiatrico su misura

ESPERIENZA | PRECISIONE | RISULTATI

GNATHOS440
LABORATORIO ODONTOTECNICO
Ingegnerizzazione della protesi

1 DATI DELLO STUDIO

Studio odontoiatrico _____

Medico referente _____

Indirizzo _____

Telefono _____ Email _____

2 PAZIENTE

Nome e cognome _____ | Sesso ☐ M ☐ F | Età _____ | Bruxista ☐ Si ☐ No

3 TIPO DI LAVORAZIONE *(selezionare una o più opzioni)*

☐ Corona zirconia ☐ Ponte zirconia | ☐ Faccetta ☐ Provvisorio | ☐ Intarsio ☐ Toronto | ☐ Protesi mobile ☐ Ribasatura | ☐ Riparazione ☐ Altro _____

4 SUPPORTO *(selezionare una opzione)*

☐ Dente naturale ☐ Impianto ☐ Moncone ☐ Provvisorio ☐ Altro _____

5 ELEMENTI / ODONTOGRAMMA *(indicare gli elementi interessati e/o disegnare)*

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
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

DISEGNO / NOTE



6 COLORE

Colore _____

Caratterizzazioni / Note estetiche _____

7 MATERIALI / ALLEGATI *(selezionare una o più opzioni)*

☐ Scansione intraorale ☐ Impronta tradizionale ☐ Modelli ☐ Foto ☐ Registrazione occlusale ☐ Arco facciale ☐ Altro _____

8 CONSEGNA RICHIESTA

Data consegna ____ / ____ / _____ | Urgente ☐ Si ☐ No

9 NOTE CLINICHE / ISTRUZIONI

10 FIRMA DEL MEDICO

11 TIMBRO STUDIO

12 CONTATTI LABORATORIO

Telefono / WhatsApp _____

Email _____

Indirizzo _____