



Si prega di compilare completamente

Estetica Dentale SAS Laboratorio Odontotecnico

www.esteticadentale.com, info@esteticadentale.com, tel 0815466552

MODULO D'ORDINE PER PROTESI MOBILE

DATI STUDIO	CODICE PAZIENTE	NOTA, PATOLOGIE, ALLERGIE
<i>TIMBRO</i>	_____	

SI RICHIEDE LA REALIZZAZIONE DEL SEGUENTE DISPOSITIVO ODONTOIATRICO SU MISURA

Richiesta:	<input type="checkbox"/> PROTESI	<input type="checkbox"/> SCHELETRATO
-------------------	---	---

<u>Lavorazioni complementari</u>		<u>Materiale allegati</u>	
<input type="checkbox"/> Ceratura diagnostica	sup/inf	<input type="checkbox"/> Porta impronta	sup/inf
<input type="checkbox"/> Porta impronta individuale	sup/inf	<input type="checkbox"/> Modelli già sviluppati	sup/inf
<input type="checkbox"/> Cera di masticazione	sup/inf	<input type="checkbox"/> Cera di masticazione	sup/inf

COLORE

Colletto

(scala ivoclar o chromascop)

IMPRONTA :	<input type="checkbox"/> SUPERIORE	<input type="checkbox"/> INFERIORE	RILEVATA IL: gg ____/____/____
-------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

Data	della	prova:
gg ____/____/____		