INTESTAZIONE STUDIO

LABORATORIO INCARICATO

P.I. 0533 2210 870
C.F. MSMVCN71E24F250R
LABORATORIO ODONTOTECNICO
MVDENTAL
di Musumeci Vincenzo
Via Dei Vespri, 325
95045 Misterbianco - CT
Tel./Fax 095 46 10 37
Cell. 331 48 54 988
info@mvdental.it - www.mvdental.it

Prescrizione dispositivo odontoiatrico su misura n° .....

Dati relativi al paziente

Cognome e Nome.....

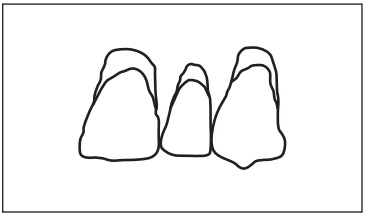
Età Sesso: M F Bruxista: S N

Forma del viso ovale ❑ rotondo ❑ triangolare ❑

Superf. denti: liscia ❑ media ❑ ruvida ❑

Lucent. finale: brill. ❑ media ❑ opaca ❑

Altri dispositivi presenti.....



COLORE BASE.....

NOTE: .....

.....

.....

SI RICHIEDE LA REALIZZAZIONE DEL SEGUENTE DISPOSITIVO ODONTOIATRICO SU MISURA:

PROTESI: FISSA ❑ MOBILE ❑ IMPIANTI ❑ COMBINATA ❑ RIPARAZIONE ❑

METALLO: TITANIO ❑ ORO ❑ CR-CO ❑ NI-CR ❑ METAL FREE ❑

MATER.ESTET: CERAMICA ❑ COMPOSTI ❑ RESINE ❑ RES. ACE ALICHE ❑

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

Registrazioni occlusali: cera ❑ silicone ❑ resina ❑ gesso ❑ arco facciale si / no Immagini ❑

Impronta rilevata: Giorno.....Ore.....Disinfettata con.....

Prossimo appuntamento eseguire **provvisiori** **giorno**.....**ore**.....**cucchiai ind.** **giorno**.....**ore**.....

masticazione **giorno**.....**ore**.....**prova struttura** **giorno**.....**ore**.....

prova Biscotto **giorno**.....**ore**.....**lavoro finito** **giorno**.....**ore**.....

n° iscrizione albo Dr.
prov. Iscrizione data

partita iva

TIMBRO E FIRMA

Note: .....

.....

.....

.....

.....

.....

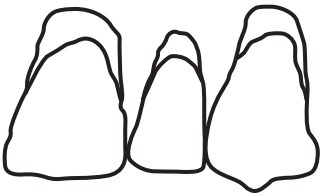
.....

.....

.....

.....

Identicazione specifiche sul colore: .....



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....