

Prescrizione medica di dispositivo odontoiatrico si misura

STUDIO ODONTOIATRICO

Studio Odontoiatrico

n° prescrizione

Odontoiatra richiedente

n° Iscr. albo

Data

DATI DEL PAZIENTE

PAZIENTE nome o codice

Età

Sesso M F

Email

Telefono

Altro da segnalare

NOTE

SPECIFICHE

Metallo

Materiale Estetico

Colore

Lega Aurea

Ceramica

Vita

Lega Palladiata

Composito

Ivoclar

Lega Cr-Co

Resina

Altro

Altro

Altro

17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27

47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37

Data e ora di consegna

Firma