



Si prega di compilare completamente

# Estetica Dentale SAS Laboratorio Odontotecnico

[www.esteticadentale.com](http://www.esteticadentale.com), [info@esteticadentale.com](mailto:info@esteticadentale.com), tel 0815466552

## MODULO D'ORDINE PER PROTESI MOBILE

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

SI RICHIEDE LA REALIZZAZIONE DEL SEGUENTE DISPOSITIVO ODONTOIATRICO SU MISURA

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

<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)

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

<b>Data</b>	<b>della</b>	<b>prova:</b>
gg ____/____/____		