

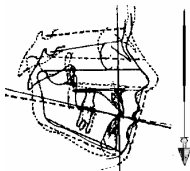
PRESCRIZIONE MEDICA

Data:

Numero.....

Studio Richiedente

Timbro



ORTOVERT
LABORATORIO ORTODONTICO
di Gubbini Giorgio
06129 PERUGIA-Via Settevalli 320
Iscrizione Ministero Sanità:

Per il paziente:

RIFERIMENTI ANAMNESTICI (*allergie, handicap psicomotori, presenza di altri dispositivi, preseza di altri metalli, disfunzioni o parafunzioni, malattie infettive*).....

si richiede la realizzazione di **DISPOSITIVO ORTODONTICO SU MISURA**

con le seguenti caratteristiche di costruzione:

Si allega: ° MODELLI ° IMPRONTE ° CERE D'OCCLUSIONE ° R.X.

° ALTRO.....

Consegna:.....

IL Prescrittore

Timbro e Firma

Iscrizione albo n: