



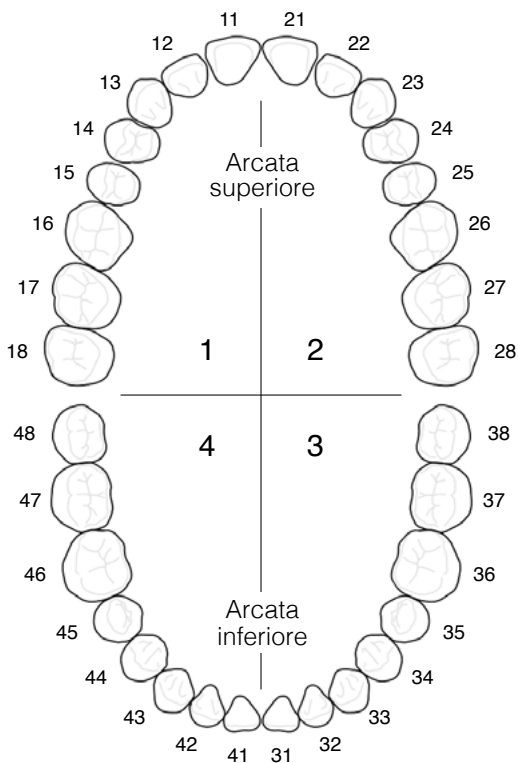
MODULO DI RICHIESTA SEMILAVORATO DA SCANSIONE

Studio medico	Timbro	Destinatario
Rag. Soc. _____		Yndetech srl
Via _____		Via Einaudi, 11/C - 61032 Fano (PU)
Città _____		p.iva 02601710417 - rea PS194891
CAP _____		Codice Univoco: A4707H7
Telefono _____		

Prescrizione n° _____ Data ____ / ____ / ____

Rif. paziente: _____

Posizione



Anamnesi

Dati del paziente: Età: _____ Sesso: M F

Bruxismo: SI NO Disfunzioni articolari: SI NO

Paziente già portatore di altri dispositivi? SI NO

Materiali: _____

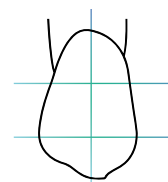
Handicap psicomotori: SI NO Quali: _____

Forma del viso: 1 2 3

REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO

Colore

Scala colore: _____ Tonalità: _____



Materiale

Cr-Co Titanio Ossido di zirconia Altro: _____

Materiali allegati

Master Antagonista Masticazione Ceratura:

Registrazioni occlusali _____

Descrizione _____

Consegna ____ / ____ / ____

Firma _____