



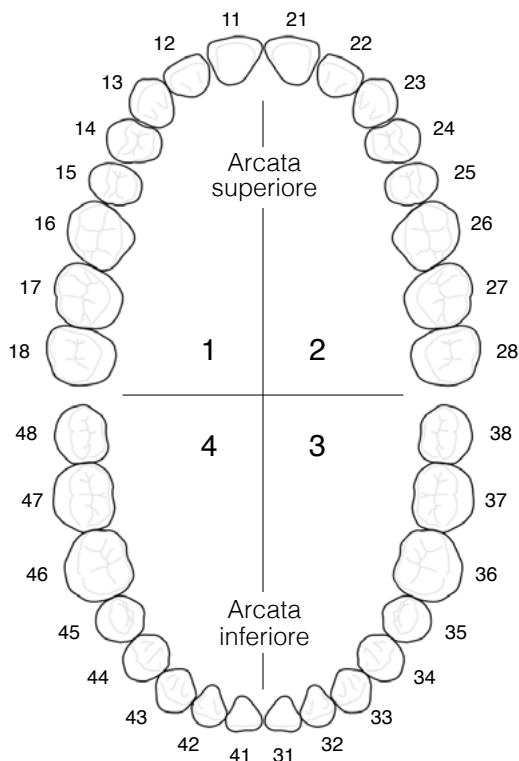
# MODULO DI RICHIESTA SEMILAVORATO DA MODELLO

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

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: \_\_\_\_\_

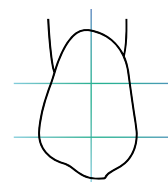
Handicap psicomotori:  SI  NO Quali: \_\_\_\_\_

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:    Componentistica

**Registrazioni occlusali** \_\_\_\_\_

**Descrizione**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Consegna \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_