



prodotto da:



Odontoiatra richiedente

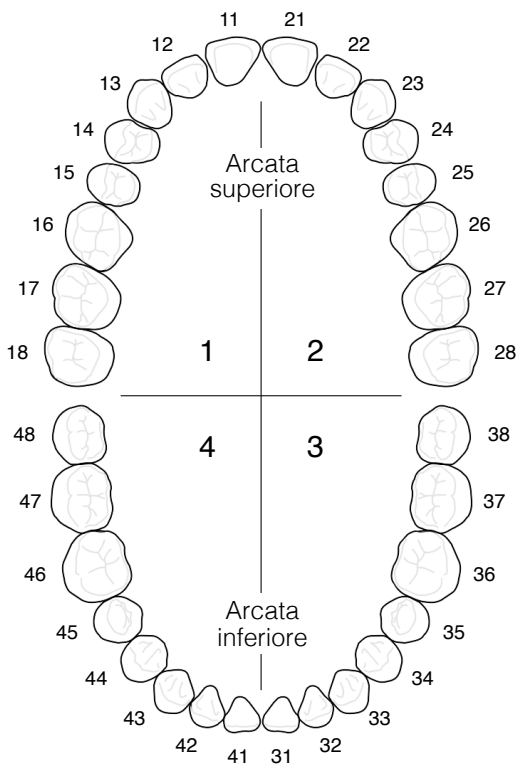
Medico _____
P. iva _____
Iscr. Albo Medici/Odontoiatri n° _____ Prov _____

Paziente

Nome _____
Cognome _____
Età _____
Sesso Maschio Femmina

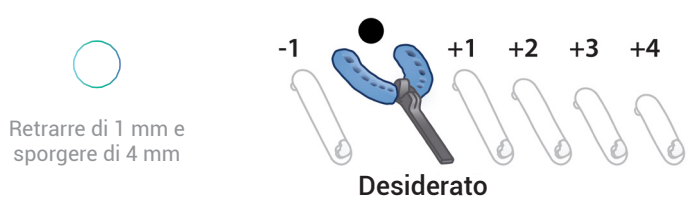
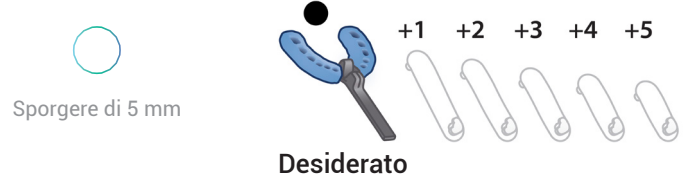
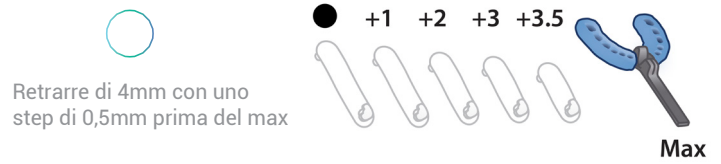
Arcata del paziente

Contrassegna sull'arcata le corone, gli elementi di pontic ed eventuali denti mancanti



Raggio del trattamento

(● Posizione di partenza della masticazione)

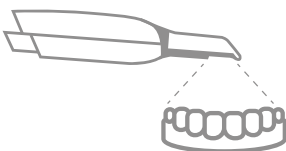


La protrusione mandibolare è diritta? SI NO

Necessità di non coprire il 3° molare:

Se sì: Superiore Inferiore

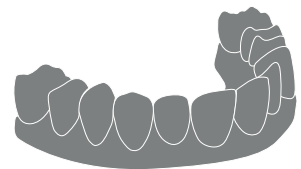
DOCUMENTAZIONE ALLEGATA



Scansione intraorale file .STL
inviare a yndelab@yndetech.com



Impronta analogica
spedire in sede Yndetech



Modello
spedire in sede Yndetech

Data / /

Firma del medico richiedente _____

In ottemperanza della direttiva 93/42 CEE - D-Lgs. 46/97 - 47/2007 CE sui dispositivi medici e al rilascio della dichiarazione del fabbricante, è indispensabile compilare la prescrizione del dispositivo medico odontoiatrico su misura in ogni sua parte

Data arrivo / /

n° dispositivo medico

Timbro Yndetech srl