



prodotto da:



Odontoiatra richiedente

Paziente

Dispositivo desiderato

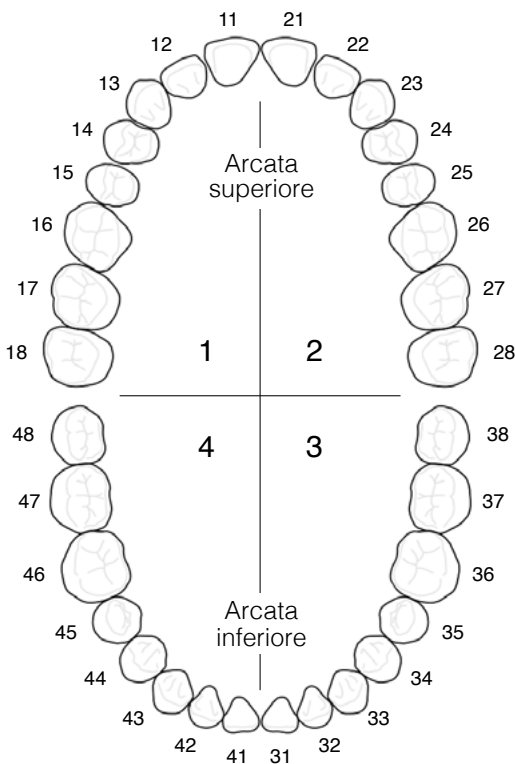
Medico P. iva \_\_\_\_\_  
Iscr. Albo Medici/Odontoiatri n° \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
Età \_\_\_\_\_  
Sesso  Maschio  Femmina

**PANTHERA CLASSIC**  
 **PANTHERA X3**

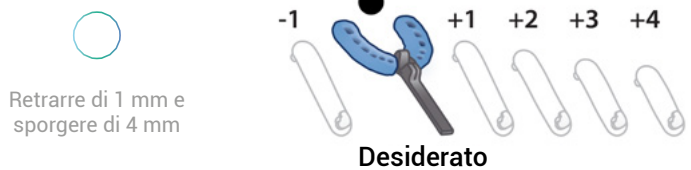
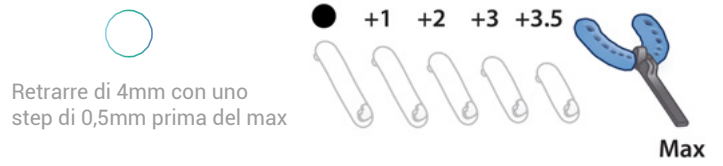
Arcata del paziente

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



Raggio del trattamento

(● Posizione di partenza della masticazione)

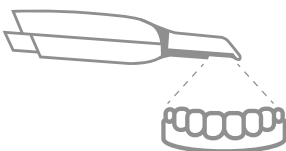


La protrusione mandibolare è diritta?  SI  NO

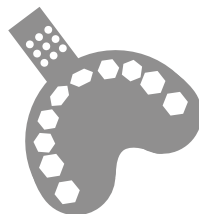
Necessità di non coprire il 3° molare:

Se sì:  Superiore  Inferiore

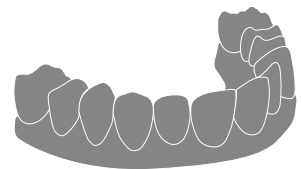
DOCUMENTAZIONE ALLEGATA



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