

Mittente (da compilare o timbrare)

**Medico Prescrivente**

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Cap/Città/Provincia: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Nr. Iscrizione e Provincia: \_\_\_\_\_

Destinatario



**CHRIORTH di Tranchina Massimiliano  
e Lenzarini Andrea S.n.c.**

Via Valle D'Aosta 21/a \* 40139 Bologna \* Italia  
Tel. +39 051 495446 \* Fax +39 051 6241842  
http://www.chriorth.com \* info@chriorth.com  
Partita Iva e Codica Fiscale: 02414961207  
Registrazione Ministero Sanita: ITCA01020218

**Fatturare a:**

Dr./Studio/Ragione Sociale: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Cap/Città/Provincia: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Partita Iva e Cod. Fiscale: \_\_\_\_\_

**PRESCRIZIONE ORTODONTICA**

Numero: \_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Si richiede per il paziente:**

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Sesso:  Maschio  Femmina

Età: \_\_\_\_\_

Allergie Accertate:  Nichel  Lattice  Altro: \_\_\_\_\_

Handicap psicomotori:

Bruxista  Disfunzioni articolari: \_\_\_\_\_

Altri dispositivi e loro materiali costruttivi: \_\_\_\_\_

**La realizzazione del dispositivo medico ortodontico su misura identificato con il nome:**

**Evitando l'uso delle seguenti sostanze:**

**Con inserito i seguenti dispositivi:**

Molle: \_\_\_\_\_

Viti: \_\_\_\_\_

Archi: \_\_\_\_\_

Ganci: \_\_\_\_\_

Altro: \_\_\_\_\_

**Modelli Archivio:**  Modello Lavoro  Modello base plastica  Modello Studio  Modello studio TWEED  Altro: \_\_\_\_\_

**Caratteristiche di progettazione:**

Ortodonzia Mobile	<b>Piani:</b> <input type="checkbox"/> Spessore <input type="checkbox"/> Spessori <input type="checkbox"/> Spessore <input type="checkbox"/> Inclinato <input type="checkbox"/> Inclinato fisso <input type="checkbox"/> Guide
	<input type="checkbox"/> Guida DX <input type="checkbox"/> Guida SX <input type="checkbox"/> Altro: _____
	<b>Costruzione:</b> <input type="checkbox"/> Come da cera <input type="checkbox"/> C/Arco facciale <input type="checkbox"/> Altro: _____
	<b>Colore Resina:</b> <input type="checkbox"/> Neutra <input type="checkbox"/> Rosa <input type="checkbox"/> Gialla <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Arancio <input type="checkbox"/> Blu <input type="checkbox"/> Lilla
<b>Caratterizzazioni:</b> <input type="checkbox"/> Pallini col. <input type="checkbox"/> Rondini col. <input type="checkbox"/> Stelline col. <input type="checkbox"/> Brillantini <input type="checkbox"/> Altro: _____	

Ortodonzia Fissa	<b>Bande:</b> <input type="checkbox"/> Fornite da Studio <input type="checkbox"/> Fornite da Lab. <b>Su:</b> _____ <b>Con tubi vestibolari tipo:</b> _____
	<b>Attacchi:</b> <input type="checkbox"/> Da puntare tipo: _____ <input type="checkbox"/> Vestibolari <input type="checkbox"/> Linguali <b>Su:</b> _____
	<input type="checkbox"/> Diretti tipo: _____ <input type="checkbox"/> Indiretti tipo: _____ <input type="checkbox"/> Vestibolari <input type="checkbox"/> Linguali <b>Su:</b> _____
	<b>Ausiliari:</b> <input type="checkbox"/> Bottoni <input type="checkbox"/> Uncini <input type="checkbox"/> Eyelets <input type="checkbox"/> Molle <input type="checkbox"/> Vestibolari <input type="checkbox"/> Linguali <b>Su:</b> _____
<input type="checkbox"/> Bottone Nance <input type="checkbox"/> Piano spessore <input type="checkbox"/> Altro: _____	

**Posizionatori in Vinilico**  Superiore  Inferiore  Bimascellare

**Si allega:**

Modelli in gesso ( Sup.  Inf.)  Impronte ( Sup.  Inf.)  Cera occlusione abituale  Cera di costruzione  Arco facciale  
 Altro

**ATTENZIONE: LE IMPRONTE DEVONO PERVENIRE AL LABORATORIO DOPO UN TRATTAMENTO DI DISINFEZIONE**

**Data di consegna:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Ore:** \_\_\_\_\_

**Luogo di consegna:** \_\_\_\_\_

Timbro/Firma  
Medico prescrivente

**N.B.: Eventuali voci non compilate dall'odontoiatra sono da ritenersi non applicabili al caso in esame.**