

|        |           |              |
|--------|-----------|--------------|
| STUDIO | SPEDIRE A | CONSEGNA PER |
|--------|-----------|--------------|

MEDICO PRESCRITTORE

PAZIENTE

SESSO

ETÀ

Precauzioni da adottare

Altri dispositivi presenti

### LAVORAZIONE RICHIESTA

Denti da allineare: ✓

Denti da estrarre: ✗



### SPECIFICHE

|  |   |
|--|---|
| <b>ALLINEAMENTO COMPLETO</b><br><input type="checkbox"/> Superiore <input type="checkbox"/> Inferiore  | <b>LINEA MEDIANA</b> <input type="checkbox"/> Mantenere <input type="checkbox"/> Correggere |
| <b>ALLINEAMENTO ANTERIORE</b><br><input type="checkbox"/> Superiore <input type="checkbox"/> Inferiore | <b>ESPANSIONE</b> <input type="checkbox"/> Mascellare <input type="checkbox"/> Mandibolare  |
|  | <b>ALLINEARE</b> <input type="checkbox"/> M. oclusale <input type="checkbox"/> M. gengivale |
|  | <b>CHIUSURA SPAZI</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No               |
|  | <b>CORREZIONE II CLASSE</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No         |
|  | <b>OVERBITE/OVERJET</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No             |

**NOTE**

---



---



---



---

**MATERIALI ALLEGATI - INFO**

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>IMPRONTE</b><br><input type="checkbox"/> Superiore<br><input type="checkbox"/> Inferiore | <input type="checkbox"/> Impronte digitali<br><input type="checkbox"/> Modelli in gesso<br><input type="checkbox"/> Cera di occlusione | <input type="checkbox"/> Morso di costruzione<br><input type="checkbox"/> Foto<br><input type="checkbox"/> RX |
|---|--|---|

Disinfettante utilizzato

DATA

FIRMA