

STUDIO ODONTOIATRICO**ODONTOIATRA****TELEFONO****EMAIL****CODICE PAZIENTE PSEUDONIMO - NON INSERIRE IL NOME****DATA DI CONSEGNA RICHIESTA****TIPO DI LAVORAZIONE**

- ☐ Protesi fissa ☐ Implantologia ☐ Protesi mobile ☐ Faccette ☐ Altro

ELEMENTI DENTALI / ARCATA**COLORE E SCALA UTILIZZATA****MATERIALE RICHIESTO****SISTEMA IMPLANTARE / COMPONENTISTICA****DOCUMENTAZIONE INVIATA**

- ☐ Impronta tradizionale ☐ Scansione intraorale ☐ Fotografie ☐ Registrazione oclusale

INDICAZIONI TECNICHE, ESTETICHE E FUNZIONALI**DATA DELLA PRESCRIZIONE****FIRMA DELL'ODONTOIATRA**