

# PRESCRIZIONE E PROGETTAZIONE CLINICA DI DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA PER TERAPIA ORTODONTICA

by commissione OR. TEC. 93/42

PRESCRIZIONE N. \_\_\_\_\_ DATA DI COMPILAZIONE \_\_\_\_\_

<b>MITTENTE</b> STUDIO RICHIEDENTE Indirizzo CAP e Città Telefono  N. ISCRIZIONE ALBO	<b>DESTINATARIO:</b> <b>LABORATORIO ORTODONTICO</b> <i>di Tirimberio G. s.a.s.</i> Via S. Stefano, 23 - 80127 NAPOLI Tel. 081.640440 - Fax 081.7147250  Cod. Fisc. e Part. IVA 04618910634
---	--

SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE	CODICE
NATO IL	SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
NOTE SUL PAZIENTE	

### LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO IDENTIFICATO CON IL NOME DI

### CON INSERITI I SEGUENTI DISPOSITIVI

MOLLE	ARCHI	VITI	GANCI
ALTRO			

### CARATTERISTICHE SPECIFICHE DI PROGETTAZIONE

<b>ORTODONZIA MOBILE</b>			
PIANO	<input type="checkbox"/> MASTICANTE	<input type="checkbox"/> LISCIO	<input type="checkbox"/> _____
CONSTRUZIONE	<input type="checkbox"/> COME CERA	<input type="checkbox"/> CON ARCO FACCIALE	<input type="checkbox"/> _____
<b>ORTODONZIA FISSA</b>			
<input type="checkbox"/> BANDE DA NOI FORNITE		su:	_____
<input type="checkbox"/> BANDE DA VOI ADATTATE SULL'IMPRONTA		su:	_____
<input type="checkbox"/> ATTACCHI DA PUNTARE TIPO	<input type="checkbox"/> VES	<input type="checkbox"/> PAL	su: _____
<input type="checkbox"/> ATTACCHI DIRETTI TIPO	<input type="checkbox"/> VES	<input type="checkbox"/> PAL	su: _____
<input type="checkbox"/> ATTACCHI INDIRETTI TIPO	<input type="checkbox"/> VES	<input type="checkbox"/> PAL	su: _____
<input type="checkbox"/> BOTTONI - CLEATS TIPO	<input type="checkbox"/> VES	<input type="checkbox"/> PAL	su: _____
<b>ORTODONZIA POSIZIONATORE</b>			
MATERIALI	<input type="checkbox"/> CAUCCIU'	<input type="checkbox"/> VINILICO	<input type="checkbox"/> SILICONE
AUSILIARI	<input type="checkbox"/> GANCI	<input type="checkbox"/> GUIDE	<input type="checkbox"/> _____

### EVITANDO L'USO DELLE SEGUENTI SOSTANZE

<b>SI ALLEGA</b> <input type="checkbox"/> MODELLI <input type="checkbox"/> IMPRONTE <input type="checkbox"/> Sup. <input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> RIF. CEFALOMETRICI	<input type="checkbox"/> ARCO FACCIALE <input type="checkbox"/> BANDE <input type="checkbox"/> ATTACCHI	<input type="checkbox"/> CERA <input type="checkbox"/> CERA DI COSTRUZIONE <input type="checkbox"/> ALTRO _____
---	---	---

**SI DESIDERA ESSERE CHIAMATI PER QUESTO CASO**

Il dispositivo dovrà esserci fornito in conformità alla direttiva 93/42/CEE e in particolare all'allegato I.  
Il trattamento dei dati del paziente dovrà rispettare i dispositivi della legge 675/96, art. 10, commi 3, 11 e 13

Consegnare entro il \_\_\_\_\_

Fascicolo tecnico n°

TIMBRO E FIRMA DEL PRESCRITTORE

(Assegnato dal laboratorio)

**LA PROPOSTA OR.TEC. SULLA 93/42/CEE**