

STUDIO TIMBRO	SPEDIRE A TIMBRO	CONSEGNA PER DATA
-------------------------	----------------------------	-----------------------------

 MEDICO RICHIEDENTE _____

PAZIENTE _____	SESSO _____	ETÀ _____
----------------	-------------	-----------

Precauzioni da adottare _____	Altri dispositivi presenti _____
-------------------------------	----------------------------------

LAVORAZIONE RICHIESTA

Elementi da muovere: ✓

Elementi da rimuovere: ✗


SPECIFICHE

ALLINEAMENTO COMPLETO <input type="checkbox"/> Superiore <input type="checkbox"/> Inferiore	LINEA MEDIANA <input type="checkbox"/> Mantenere <input type="checkbox"/> Correggere
	ESPANSIONE <input type="checkbox"/> Mascellare <input type="checkbox"/> Mandibolare
ALLINEAMENTO ANTERIORE <input type="checkbox"/> Superiore <input type="checkbox"/> Inferiore	ALLINEARE <input type="checkbox"/> M. occlusale <input type="checkbox"/> M. gengivale
	CHIUSURA SPAZI <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	ATTACHMENTS <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	STRIPPING <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

NOTE

MATERIALI ALLEGATI - INFO

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

 Disinfettante utilizzato _____

DATA _____	FIRMA _____
------------	-------------

