



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

Fascicolo tecnico N. _____

by commissione OR. TEC. 93/42
REg. 14/4/98 Uff. Reg. di Perugia

PRESCRIZIONE N. _____ DATA _____

Mittente: Dott. _____ Via _____ Città _____ N. iscrizione albo _____	Destinatario: <div style="text-align: center;">   </div> <p style="text-align: center; font-size: small;"> UNIONTECH s.r.l. [Parma] Via Rocco Bormioli, 5/A • 43122 Parma • Tel. 0521 221362 r.a. • Fax 0521 221362 [Milano] Via Como, 18 • 20037 Paderno Dugnano (MI) • Tel. 02 91084629 r.a. • Fax 02 91089046 www.uniontech.it • e-mail: info@uniontech.it P.iva 02203420340 • C.C.I.A.A. 2192261 • N. REG. IMP. 022 0342 0340 N. Iscr. Min. San ITCA01019747 • Cod. UNIVOCO DUDU0GE Sede affiliata: Vicenza </p>
---	---

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:

ORTODONZIA MOBILE PIANO : <input type="checkbox"/> MASTICANTE <input type="checkbox"/> LISCIO <input type="checkbox"/> ALTRO _____ COSTRUZIONE: <input type="checkbox"/> COME CERA <input type="checkbox"/> CON ARCO FACCIALE <input type="checkbox"/> ALTRO _____ RESINA : <input type="checkbox"/> ROSA TRASPARENTE <input type="checkbox"/> FLUORESCENTE <input type="checkbox"/> COLORATA _____			
ORTODONZIA FISSA <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> BANDE FORNITE DAL NOSTRO STUDIO <input type="checkbox"/> BANDE DA VOI ADATTATE SUL MODELLO <input type="checkbox"/> ATTACCHI DA PUNTARE TIPO <input type="checkbox"/> ATTACCHI DIRETTI TIPO <input type="checkbox"/> ATTACCHI INDIRETTI TIPO <input type="checkbox"/> BOTTONI - CLEATS TIPO </div> <div> <input type="checkbox"/> VESTIB. <input type="checkbox"/> PALAT. <input type="checkbox"/> VESTIB. <input type="checkbox"/> PALAT. <input type="checkbox"/> VESTIB. <input type="checkbox"/> PALAT. <input type="checkbox"/> VESTIB. <input type="checkbox"/> PALAT. </div> <div> su: _____ su: _____ su: _____ su: _____ su: _____ su: _____ </div> </div>			
ORTODONZIA POSIZIONATORE MATERIALI <input type="checkbox"/> VINILICO <input type="checkbox"/> SILICONE <input type="checkbox"/> _____ AUSILIARI <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____			

EVITANDO L'USO DELLE SEGUENTI SOSTANZE:

SI ALLEGA <input type="checkbox"/> MODELLI <input type="checkbox"/> Sup. <input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> DIGITALI <input type="checkbox"/> IMPRONTE <input type="checkbox"/> Sup. <input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> TRADIZIONALI	<input type="checkbox"/> ARCO FACCIALE <input type="checkbox"/> BANDE <input type="checkbox"/> ATTACCHI	<input type="checkbox"/> CERA <input type="checkbox"/> CERA PER COSTRUZIONE <input type="checkbox"/> ALTRO
--	---	--

SI DESIDERA ESSERE CHIAMATI PER QUESTO CASO

☐

Il dispositivo dovrà esserci fornito in conformità al D.L. del 24 Feb.1997 n° 46 e in particolare alla presente prescrizione. Il trattamento dei dati del paziente dovrà avvenire in ottemperanza a quanto previsto dal D.L. del 30 Giu. 2003 n° 196.

Consegnare entro il _____	Timbro e firma del prescrittore _____
---------------------------	---------------------------------------