

**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:  EASYDRIVER <small>THE GUIDING SYSTEM FOR TADS</small> UNIONTECH s.r.l. <small>[Parma] Via Rocco Bormioli, 5/A • 43122 Parma • Tel. 0521 221362 r.a. • Fax 0521 221362</small> <small>[Milano] Via Como, 18 • 20037 Paderno Dugnano (MI) • Tel. 02 91084629 r.a. • Fax 02 91089046</small> <small>www.uniontech.it • e-mail: info@uniontech.it</small> <small>P.IVA 02203420340 • C.C.I.A.A. 2192261 • N. REG. IMP. 022 0342 0340</small> <small>N. Iscr. Min. San ITCA01019747 • Cod. UNIVOCO DUDUOE</small> <small>Sede affiliata: Vicenza</small>
---	--

SI RICHIENDE 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 _____
<input type="checkbox"/> BANDE FORNITE DAL NOSTRO STUDIO ORTODONZIA FISSA su: _____ <input type="checkbox"/> BANDE DA VOI ADATTATE SUL MODELLO su: _____ <input type="checkbox"/> ATTACCHI DA PUNTARE TIPO <input type="checkbox"/> VESTIB. <input type="checkbox"/> PALAT. su: _____ <input type="checkbox"/> ATTACCHI DIRETTI TIPO <input type="checkbox"/> VESTIB. <input type="checkbox"/> PALAT. su: _____ <input type="checkbox"/> ATTACCHI INDIRETTI TIPO <input type="checkbox"/> VESTIB. <input type="checkbox"/> PALAT. su: _____ <input type="checkbox"/> BOTTONI - CLEATS TIPO <input type="checkbox"/> VESTIB. <input type="checkbox"/> PALAT. su: _____			
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"/> ARCO FACCIALE <input type="checkbox"/> CERA
	<input type="checkbox"/> IMPRONTI <input type="checkbox"/> Sup. <input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> TRADIZIONALI	<input type="checkbox"/> BANDE <input type="checkbox"/> CERA PER COSTRUZIONE
		<input type="checkbox"/> ATTACCHI <input type="checkbox"/> ALTRO

SI DESIDERÀ ESSERE CHIAMATI PER QUESTO CASO	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

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
---------------------------	---------------------------------