

PRESCRIZIONE DI DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA

PRESCRIZIONE NR.:

DATA DI COMPILAZIONE:

STUDIO MEDICO

Destinatario:

ORTOTEC SNC

C.SO IV NOVEMBRE 25 – 10098 RIVOLI (TO)
0119598697 – ORTOTEC@ORTOTEC.INFO

PRESCRITTORE DOTT.:

NR. ISCRIZIONE ALBO:

NR.REG.IMP.: 190749

REG.MIN.SAN.:ITCA01013618

PAZIENTE..... M F ETA'

Si richiede la realizzazione del seguente dispositivo:

Bande su.....Bande fornite dallo studio SI NO

Attacchi forniti dallo studio SI NO

Allegati: Registrazione oclusale in:.....

Impronte rilevate in: Alginato Silicone altro

Disinfettate con:.....

ALLERGIE / SOSTANZE DA EVITARE

Il dispositivo dovrà essere fornito in conformità alla direttiva 93/42 CEE – D.Lgs. 46/97 sui dispositivi medici individuali e il trattamento dei dati del paziente dovrà rispettare i dispositivi della Legge 675/96 art. 10 commi 3, 11 e 13

Timbro e firma del prescrittore

Consegnare entro:.....