

# PRESCRIZIONE MEDICA PER DISPOSITIVO ORTODONTICO

**DATA:**

**PRESCRIZIONE N°**

**Dati Prescrivente:**

  
**Di Federico Zenobi**  
Via Ottavio Assarotti 8/A  
00135 Roma - Tel 0630600284  
P.Iva 06537021005  
C.F. ZNBFRC79M22D773G  
[www.afzlab.com](http://www.afzlab.com) - [afzlab@libero.it](mailto:afzlab@libero.it)

**Cognome e Nome del paziente:** Età:.....  
**Codice Fiscale:**

**Si invia:**

**Impronte** sup.  inf.

**Modello** sup.  inf.

**Cera di costruzione:**.....

**Cera acclusione abituale:**.....

**Bande in impronta:** su.....

**Altro:**.....  
.....  
.....

**Allergie accertate:** .....  
.....

**Disfunzioni Articolari:** .....  
.....

**Si richiede:**

**Apparecchio Fisso:** sup.  inf.

**Apparecchio Mobile:** sup.  inf.

**Apparecchio Funzionale di:**.....  
.....  
.....

**DESCRIZIONE LAVORO:**

**Colore:**

**Figura:**

**Consegna:**  
**Orario:**

**Firma del prescrivente:**