



LABORATORIO COMMITTENTE

Centro Fresaggio Ossido di Zirconio
Via Carlo Felice n. 33\C – 07100 Sassari
Tel.\Fax 079\281112
Iscriz.Min.San. ITCA010113681
www.zirconart.it – info@zirconart.it

RICHIESTA DI DISPOSITIVO ODONTOIATRICO SEMILAVORATO SU MISURA

DATA____/____/____

CODICE PAZIENTE_____

ELEMENTI DA PROTESIZZARE

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38

IN CASO DI CORONE ADIACENTI

SINGOLE ☐

UNITE ☐

MATERIALE DA UTILIZZARE

ZIRCONIO ☐

POLIAMMIDE ☐

INFILTRAZIONE COLORE SCALA VITA_____

SI ALLEGA:

☐ IMPRONTA

☐ MODELLI

☐ REGISTRAZIONE OCCLUSALE

EVENTUALI NOTE: _____

TIMBRO E FIRMA