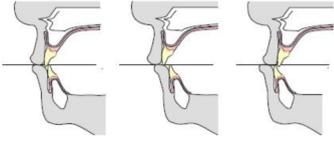
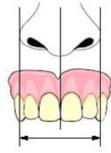
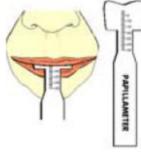
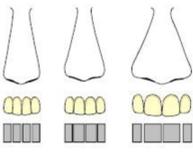
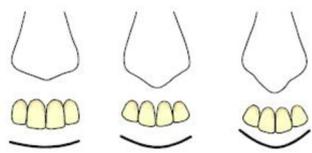


Dati Generali	DATI LABORATORIO			DATI STUDIO MEDICO (Timbro)		
	ESTHETIC DENTAL LAB – VINCENZO CHIOZZI Via Vomano 14 - 65010 Santa Teresa di Spoltore(PE) CELL. : 329 6317499 P.I. 01436280687 – C.F. CHZ VCN 67D 10Z 401 J ISCR. MIN. SANITA' IT CA 01057198 info@vincenzochiozzi.com			NUM. PRESCRIZIONE _____		
DATI PAZIENTE						
NOME _____ COGNOME _____ M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>						
Anamnesi	Il paziente è portatore di Protesi da _____ anni Intolleranze _____ Allergie <input type="checkbox"/> Lato masticatorio preferito Destro <input type="checkbox"/> Sinistro <input type="checkbox"/> Bruxista <input type="checkbox"/>					
	Che cosa ha apprezzato particolarmente il paziente nella protesi precedente ? _____ _____			Che cosa non ha tollerato il paziente nella protesi precedente ? _____ _____		
Dati Anatomici	Carnagione Chiara <input type="checkbox"/> Scura <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Foto attuale <input type="checkbox"/> Foto da giovane <input type="checkbox"/> Foto con la protesi precedente			Classe Scheletrica  1° Classe <input type="checkbox"/> 2° Classe <input type="checkbox"/> 3° Classe <input type="checkbox"/>		
	Colore dei denti _____ Forma Denti —  —  — 					
	Larghezza del gruppo frontale  Rapporto della larghezza dalla base del naso con la sestina superiore _____ mm			Lunghezza del gruppo frontale  Rilevazione con Papillometro mm _____		
	Proporzione degli incisivi (secondo Gerber)  <input type="checkbox"/> Uguale larghezza <input type="checkbox"/> Incisivi centrali leggermente più larghi <input type="checkbox"/> Incisivi centrali decisamente più larghi			Analisi della linea della base del naso in rapporto alla curvatura degli incisivi superiori 		
Tipo di protesi richiesta	P.T. LINEARE	SUP.	INF.	P. IMMEDIATA	SUP.	INF.
	P.T. D'AUTORE	SUP.	INF.	P. DUPLICATA	SUP.	INF.
	P. SCHELETRICA	SUP.	INF.	P. OVERDENTURE SU IMPIANTI	SUP.	INF.
	P. PARZIALE GANCI FILO <input type="checkbox"/> FUSI <input type="checkbox"/>	SUP.	INF.	ALTRO	SUP.	INF.
	RIBASATURA FREDDO <input type="checkbox"/> CALDO <input type="checkbox"/>	SUP.	INF.	RIPARAZIONE	SUP.	INF.
NOTE						
_____ _____						