

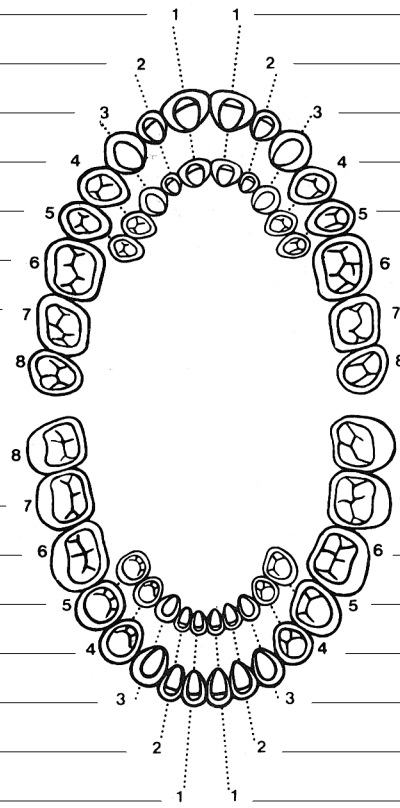
Sig. \_\_\_\_\_

Anno di nascita \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

|               |   |                   |   |
|---------------|---|-------------------|---|
| 1             | 1 | 1                 | 1 |
| 2             | 2 | 2                 | 2 |
| 3             | 3 | 3                 | 3 |
| 4             | 4 | 4                 | 4 |
| 5             | 5 | 5                 | 5 |
| 6             | 6 | 6                 | 6 |
| 7             | 7 | 7                 | 7 |
| 8             | 8 | 8                 | 8 |
| 8             | 8 | 8                 | 8 |
| 7             | 7 | 7                 | 7 |
| 6             | 6 | 6                 | 6 |
| 5             | 5 | 5                 | 5 |
| 4             | 4 | 4                 | 4 |
| 3             | 3 | 3                 | 3 |
| 2             | 2 | 2                 | 2 |
| 1             | 1 | 1                 | 1 |
| parte destra  |   | parte sinistra    |   |
| Colore smalto |   | rip. parte destra |   |
|               |   | totale            |   |



note personali

allergia                       cardiopatia

iperglicemia                       emorragia

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

protesi

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

firma per accettazione

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Sig.

| data |  |  | n. dente | n. lastra | trattamento | importo dovuto |  |  | importo pagato |  |  |
|------|--|--|----------|-----------|-------------|----------------|--|--|----------------|--|--|
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |
|      |  |  |          |           |             |                |  |  |                |  |  |