

**STUDIO ODONTOIATRICO:**

**LABORATORIO  
ODONTOTECNICO:**



**PRESCRIZIONE PER DISPOSITIVO DI PROTEZIONE DENTALE D-FENDER**

DATA PRESCR.  SIG/RA:  ETA':

SPORT:  SOCIETA' SPORTIVA di APPARTENENZA/CITTA':

EVENTUALE NOME DA MARCARE il D-FENDER:  EVENTUALE LOGO INVIATO VIA E-MAIL

**CARATTERISTICHE SPECIFICHE DEL D-FENDER RICHIESTO:**

NB: sbarrare la casella con il D-FENDER richiesto:

**D-FENDER LIGHT**  
2mm+2mm       2mm +4mm

a 2 strati. Spessore max. 4 mm. Specificare spessore del secondo strato.

**D-FENDER STRONG**  
2mm+ 0.8+ 2mm       2mm+ 0.8 + 4mm

a 3 strati. Spessore minimo 4 mm. Specificare spessore del secondo strato.

**D-FENDER JUNIOR**  
2mm + 2mm

a 2 strati, con spessore max. di 4 mm a prescindere dallo sport, ideale per bambini in caso di spazi orali ridotti.

EVENTUALI NOTE E/O SPECIFICHE: .....

NB: sbarrare la casella del colore richiesto:

**Colore:** trasparente  rosso vivo  giallo vivo  blu vivo  verde vivo  rosa vivo  celeste  rosso profondo  blu profondo  prugna  verde profondo   
bianco  nero  oro  argento

**Colore Freestyle:** camouflage  lava  tie-dye  rainbow  confetty

**Blakline:** argento flakes  lava-strip  oro flakes  camouflage strip  zebra

**Colore combinati:** bianco-rosso  Germania  Francia  Italia  è possibile scegliere altre combinazioni colore indicando il colore richiesto e la sequenza:

Consegna del dispositivo finito: -----/-----/----- h:.....

NB: 1 (concordare data di consegna con il laboratorio o avvisare il paziente quando il lavoro è pronto, in quanto alcune tipologie di colori possono non essere disponibili in quanto solo a richiesta).  
Se lo sportivo è in convenzione pregasi allegare il coupon di convenzione.

Firma del dentista Prescrivente:.....