

DATA: .. / .. /2023

N. Prescrizione:

PRESCRIZIONE DI DM IMPLANTOLOGICO JUXTA 3D INDIVIDUALE AD USO ODONTOIATRICO E MAXILLO-FACCIALE

È NECESSARIO CHE IL DOTTORE FORNISCA I SEGUENTI DATI CONSIDERATI DAL MINISTERO DELLA SANITÀ "REQUISITI MINIMI" MA INDISPENSABILI PER LA VALIDITÀ DELLA PRESCRIZIONE

(MITTENTE) FATTURARE A:

(TIMBRO)

MEDICO RESPONSABILE PRESCRIVENTE:

Dr./Dr.sa \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CAP E città \_\_\_\_\_

P.IVA: \_ \_ \_ \_ \_ ISCR.ALBO \_\_\_\_\_

PROVINCIA IN CUI SI È ISCRITTI \_\_\_\_\_

**DESTINATARIO:** Cemax Biomedical Technologies - Via Trieste, 63/a - 21020 Buguggiate (VA) - P.IVA: 02173470127 - C.F: CRVMSM61L21G337T - Cell. 347-23.51.660 e-mail: [info@cemaxbiomedical.it](mailto:info@cemaxbiomedical.it) - sito web: [www.cemaxbiomedical.it](http://www.cemaxbiomedical.it) - Resp.: Massimo Cervi - REA: VA - 371531

**PER IL PAZIENTE:** cognome e nome: ..... Età: ..... Sesso  M  F

Cod. Fisc.: ..... Cod. identificativo paziente .....

**ANAMNESI:**

Malattie infettive

SI

NO

Allergie accertate

SI

NO

Handicap Psicomotorio

SI

NO

Altri dispositivi presenti e loro materiali costitutivi

SI

NO

**Diagnosi e patologia motivanti la richiesta:**

**Richiedo la realizzazione del seguente dispositivo medico su misura elaborato sulla base dei DICOM dell'esame CT/CBCT esguito in data:**

Confermo di esser stato/a informato/a che questi dispositivi sono fabbricati secondo le norme MDR 2017/745 e ISO 13485 che regolano i requisiti del corretto processo di produzione dei dispositivi medici. La presente richiesta, per il dispositivo medico "Implantize .....", realizzato in titanio di grado medico (Ti6Al4V), è di mia esclusiva responsabilità, in quanto medico richiedente, del dispositivo su misura per il paziente sopra indicato, fabbricato secondo la tecnologia definita da BoneEasy ( Resdevmed, Lda), ma progettato e realizzato secondo il progetto definitivo da me approvato per ciascuno dei lotti indicati, relativi al paziente cui si fa riferimento nella presente richiesta.

Sono a conoscenza che BoneEasy Resdevmed Lda non esegue alcuna revisione clinica del progetto e che non si assume alcuna responsabilità per danni temporanei o permanenti causati al paziente, derivanti da errori nella progettazione del dispositivo implantare da me approvato.

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 dichiaro di aver ottenuto dal paziente autorizzazione per il trattamento dei dati personali inviati a BoneEasy allo scopo di realizzare il dispositivo su misura richiesto ed è consapevole che tali dati saranno conservati per 15 anni presso BoneEasy, per garantire la rintracciabilità del prodotto, come previsto da legge

**Arcata superiore:**

Impianto Juxta-osseo individualizzato "IMPLANTIZE COMPACT" emiarcata 211-C-PARTIAL ( €. .... )

Impianto Juxta-osseo individualizzato "IMPLANTIZE COMPACT" Totale 211-C-TOTAL ( €. .... )

Impianto Juxta-osseo individualizzato "IMPLANTIZE HYBRID" emiarcata 1604-HYBP ( €. .... )

Impianto Juxta-osseo individualizzato "IMPLANTIZE HYBRID" Totale 1604-HYBT ( €. .... )

**Arcata inferiore:**

Impianto Juxta-osseo individualizzato "IMPLANTIZE COMPACT" emiarcata 211-C-PARTIAL (€. ....)

---

Impianto Juxta-osseo individualizzato "IMPLANTIZE COMPACT" Totale 211-C-TOTAL (€. ....)

---

Impianto Juxta-osseo individualizzato "IMPLANTIZE HYBRID" emiarcata 1604-HYBP (€. ....)

---

Impianto Juxta-osseo individualizzato "IMPLANTIZE HYBRID" Totale 1604-HYBT (€. ....)

---

**Componenti protesici inclusi:**

Transfer x impronta N.  (€. ....)      Analogo MUA N.  (€. ....)      Moncone di guarigione N.  (€. ....)      MUA N.  (€. ....)

---

IMMAGINE

IMMAGINE

IMMAGINE

Data,

In fede