

Timbro Ditta

Data _____ Cognome e nome paziente _____

Al presente ordine si applicano le condizioni previste da listino a noi riservato. Audioprotesista (Firma) _____

PREVENTIVO SERVIZIO 24 ORE

Protesi DX matricola _____ Protesi SX matricola _____

INTERVENTO RICHIESTO / PROBLEMA RISCOSTRATO

<input type="checkbox"/> Muto	<input type="checkbox"/> Suono metallico	<input type="checkbox"/> Guscio:	<input type="checkbox"/> Fare resinatura
<input type="checkbox"/> Intermittente	<input type="checkbox"/> Filo estraattore	<input type="checkbox"/> Troppo grande	<input type="checkbox"/> Applicare aletta
<input type="checkbox"/> Larsen	<input type="checkbox"/> Potenziare apparecchio	<input type="checkbox"/> Troppo piccolo	<input type="checkbox"/> Fa male
<input type="checkbox"/> Debole	<input type="checkbox"/> Controllo funzionale	<input type="checkbox"/> Esce	(segnare la parte interessata)
<input type="checkbox"/> Distorce	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Sporge	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Fruscio di fondo	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Fischia	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Rimbombo	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Rotto	<input type="checkbox"/> _____



IMPORTANTE: per ogni modifica al guscio sono necessarie due nuove impronte

Note: _____

Spazio riservato al laboratorio

Positivo _____

Riesame (RLAB) data: _____

Negativo (mod. 7.02 - 5) _____

Firma _____