|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dentista** |  | **Paziente** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Dentatura prima dell’inizio del trattamento (cancellare i denti mancanti) |  | 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 1. Data della prima consultazione |  |  |
| 1. Stato dei denti (mascellari sup.e inf.) (iscrivere le cifre dello schema della dentature) |  |  |
| * Denti mancanti, non sostituiti |  |  |
| * Denti difettosi, non riparati |  |  |
| * Denti otturati |  |  |
| * Denti colpiti da paradentosi |  |  |
| Corone, ponti, protesi, apparecchi, ortodontici (descrizione esatta del genere e della estensione della sostituzione, rispettivamente dell’apparecchio) | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| 1. Misure immediate | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| 1. Proposte di trattamento | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numero dente** | **Cifra** | **Genere di cura** | **Punti** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Da riportare |  |
| **Numero dente** | **Cifra** | **Genere di cura** | **Punti** |
| **Riporto** | | |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Totale | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Importo prestazioni mediche dentistiche punti      . x CHF 1.00 = | CHF |  |
| Importo spese laboratorio ca. | CHF |  |
| Totale | CHF |  |

Allegare radiografie e copia bollettino laboratorio (in caso di costi in tal senso)

In fede

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data e luogo: |  | Firma: |  |