|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 88 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: |  |