



PROPOSTA DI TRATTAMENTO ODONTOIATRICO PROTESICO

SANITARIO PROPONENTE:

Dott. _____

Studio professionale sito in via _____ n. _____

Città _____ Prov. _____

Tel. _____

PAZIENTE:

Sig./Sig.ra _____

Residente a _____ Prov. _____

In via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Tessera sanitaria _____

1. FORMULA DENTARIA DEL PAZIENTE

(barrare gli elementi mancanti di cui
è richiesto il ripristino protesico)

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

2. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI EFFETTUATI (di cui si allega originale da restituire o copia)

(barrare la casella che interessa)

	SI	NO
- ORTOPANTOGRAFIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- RX ENDORIALI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ALTRE PROIEZIONI RX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ALTRO (specificare) _____		

Tipo di protesi mobile cui il sanitario ritiene opportuno ricorrere per permettere al paziente un soddisfacente ripristino della funzionalità masticatoria:

ARCATA SUPERIORE



ARCATA INFERIORE

(N.B.: in caso di protesi parziale scheletrata in cromo/cobalto, specificare il nr. di elementi dentari che la protesi reintegrerà).

CONSIDERAZIONI E COMUNICAZIONI:

L'odontoiatra garantisce la personale esecuzione del trattamento protesico.

Timbro e firma del Sanitario

Data _____