



**PROSPETTO TRATTAMENTO CURE ORTODONTICHE**

**SANITARIO PROPONENTE:**

Dott. \_\_\_\_\_

Ord.Med. Ortodont. Prov. \_\_\_\_\_ Albo Medici n° \_\_\_\_\_ Albo Odontoiatri n° \_\_\_\_\_

STUDIO PROFESS. Via \_\_\_\_\_

CAP. \_\_\_\_\_ LOC. \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

PAZIENTE : Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

**A CARICO DI:**

Padre  Madre  Tutore  Altro specificare \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Certifico che il paziente di cui sopra, presenta malocclusione da trattare con terapia ortodontica

DIAGNOSI : \_\_\_\_\_

Attesto il compimento dei seguenti diagnostici (allegati, con richiesta di restituzione) :

- TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO  
 RADIOGRAFIA PANORAMICA DENTALE  
 L'effettuazione del TRACCIATO CEFALOMETRICO

L'effettuazione del rilevamento delle impronte delle arcate dentarie e il confezionamento di modelli in gesso con individuazione dell' OCCLUSIONE (allegati con richiesta di restituzione)

**4. PIANO DI LAVORO**

a) DURATA PRESUNTA DEL TRATTAMENTO anni \_\_\_\_\_ mesi \_\_\_\_\_

NOTE: \_\_\_\_\_

**b) TIPO DI TRATTAMENTO**

- 1° anno  fisso  mobile  funzionale  misto  altro ( specificare ) \_\_\_\_\_  
2° anno  fisso  mobile  funzionale  misto  altro ( specificare ) \_\_\_\_\_  
3° anno  fisso  mobile  funzionale  misto  altro ( specificare ) \_\_\_\_\_  
4° anno  fisso  mobile  funzionale  misto  altro ( specificare ) \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI E COMUNICAZIONI: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_