

Lesioni dentarie secondo la LAMal Constatazioni / preventivo

Indirizzo dell'assicurazione:

No. della polizza
Cognome/nome
Indirizzo
Nato il

Medico dentista:

telefono
pratica trattata da:

1. Dentatura

al momento dell'allestimento del rapporto (cancellare i denti mancanti)	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75

2. Infortunio

Data dell'infortunio: _____ **Data della prima consultazione:** _____

Dinamica dell'infortunio: _____

3. Danni causati dell'infortunio

3.1 avulsi (persi)		
3.2 lussati (spostati)		
3.3 sublussati (vacillanti)		
3.4 contusi (colpiti)		
3.5 corone fratturate senza lesione della polpa		
3.6 corona fratturate con lesione della polpa		
3.7 radici fratturate		
3.8 ossa dei mascellari o tessuti molli	_____	
3.9 protesi, denti artificiali, apparecchi ortodontici danneggiati (descrizione esatta del tipo di protesi o apparecchio e dell'entità del danno)	_____	

LAMal: _____ **diagnosi:** _____

_____ **art OPre:** _____ **let.** _____ **cifra** _____ **referto medico: si / no**

4. Stato dentale per infortuni e malattie secondo la LaMal

4.1 denti mancanti, non sostituiti	si	no		
4.2 denti difettosi, non riparati	si	no		
4.3 denti riparati	si	no		
4.4 denti con lesioni parodontali	si	no		
4.5 corone, ponti, protesi, apparecchi ortodontici (descrizione esatta del genere e dell'estensione)	_____			

voltare p.f. !!!

5. Misure immediate

misure diagnostiche con reperto (radiografie, prove della vitalità, mobilità, anche dei denti vicini e antagonisti)

misure terapeutiche

6. Proposte per il trattamento intermedio – evoluzione ulteriore probabile

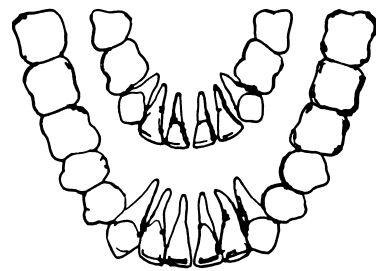
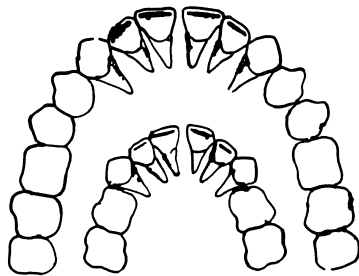
- Osservazione necessaria durante almeno _____ anni.
- Cura ortodontica resa necessaria o più complicata dall'infortunio. Riservata la consultazione di uno specialista SSO in ortodonzia.
- Il trattamento definitivo potrà probabilmente essere pianificato solo dopo un periodo d'osservazione di _____

7. Proposte per il trattamento definitivo

(ammesso che sia possibile al momento della stesura di questo rapporto)

8. Schema dei lavori proposti (va compilato da parte del medico dentista)

destra mascellare superiore sinistra destra mascellare inferiore sinistra



9. Preventivo (le cifre dei trattamenti già eseguiti d'urgenza devono essere contrassegnate con *)

Dente no	Cifra tariffa	Prestazione	Punti	Dente no	Cifra tariffa	Prestazione	Punti
				Riporto			
						Totale punti	
				x valore del punto fr.		=	fr.
A questo importo si aggiungono i costi di laboratorio							

Luogo e data:

Firma del medico dentista:

Se non sopraggiunge un parere contrario entro 10 giorni lavorativi, il preventivo è considerato approvato.
Eventuali radiografie (con nome, data e numero dei denti) vanno allegate al presente formulario.