

SCHEDA ODONTOIATRICA

Compilazione a cura dell'Odontoiatra

(da allegare al modello cm_LO 1)

TIMBRO della struttura sanitaria o dell'Odontoiatra

Cognome e nome del paziente

Patologia riscontrata:

Accertamenti radiografici allegati dai quali è stata riscontrata la patologia:

Prestazione effettuata

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> visita odontoiatrica | <input type="checkbox"/> igiene orale | <input type="checkbox"/> conservativa |
| <input type="checkbox"/> endodonzia | <input type="checkbox"/> paradontologia | <input type="checkbox"/> protesi |
| <input type="checkbox"/> ortognatodonzia | <input type="checkbox"/> chirurgia | <input type="checkbox"/> implantologia |

Descrizione della prestazione

Elementi curati

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----------------|
| ARCATA SUPERIORE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DESTRA | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | SINISTRA |
| | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | |
| ARCATA INFERIORE | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Importo complessivo della prestazione € _____

Note

Data compilazione

Timbro e firma dell'Odontoiatra

