

Danni dentari ai sensi dell'assic. di base (LAMal)

Consultazione/Preventivo



Agenzia/N° Numero cliente

CSS Assicurazione malattie SA Arcosana SA

Dentista

Indirizzo della persona assicurata

Cognome

Signor Signora

Nome

Via/N°

NPA/Località

Numero di codice creditore

1 Rilevamento dello stato attuale

al momento della stesura 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: (referto)

Dinamica dell'infortunio

3 Danni dentari dovuti all'infortunio

3.1	Lussati totalmente (persi)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.2	Lussati (spostati)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.3	Sublussati (vacillanti)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.4	Contusi (ammaccati)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.5	Corone fratturate senza lesione della polpa	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.6	Corone fratturate con lesione della polpa	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.7	Radici fratturate	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.8 Ossa del mascellare o parti molli

3.9 Protesi, denti artificiali, apparecchi ortodontici danneggiati (indicazioni esatte sul tipo di lavoro e di apparecchio, ed entità del danno)

Assicurazione di base (LAMal) Diagnosi:

OPre art.: cifra lett.

Rapporto medico: Sì No

4 Consultazioni per infortuni e malattie secondo l'assicurazione di base (LAMal)

4.1	Denti mancanti, non sostituiti	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.2	Denti difettosi, non riparati	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.3	Denti otturati	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.4	Denti colpiti da parodontosi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.5 Corone, ponti, protesi, apparecchi ortodontici (descrizione esatta del genere e dell'estensione della sostituzione, risp. dell'apparecchio).

5 Misure immediate

5.1 Misure diagnostiche con indicazione del referto (radiografie, prove della vitalità, mobilità, anche dei denti vicini e antagonisti)

5.2 Misure terapeutiche

6 Proposte per il trattamento intermedio – evoluzione ulteriore probabile

Osservazione necessaria durante almeno _____ anni.

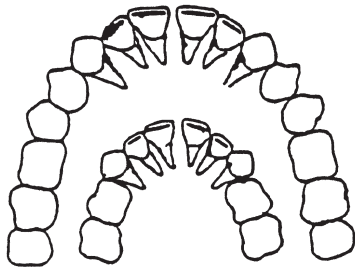
Cura ortodontica resa necessaria o più complicata a causa dell'infortunio.
Resta riservata la consultazione di uno specialista SSO in ortodonzia.

Trattamento riparativo definitivo può essere programmato prevedibilmente solo dopo un periodo di osservazione di _____

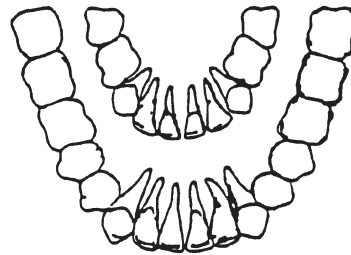
7 Proposte per il trattamento definitivo (ammesso che sia possibile al momento della stesura di questo rapporto)

8 Schema della protesi (da compilare dal dentista)

destra Mascellare superiore sinistra



destra Mascellare inferiore sinistra



9 Preventivo costi (contraddistinguere con le* cifre per trattamenti d'emergenza già eseguiti)

Dente n°	Cifra tariff.	Tipo di trattamento	Punti	Dente n°	Cifra tariff.	Tipo di trattamento	Punti
				Riporto			
			Totale punti				
			X (moltiplicato) valore del punto = CHF				
			Da aggiungere costi di laboratorio				

Luogo/Data _____

Firma del dentista _____

In mancanza di comunicazione entro 10 giorni lavorativi, il preventivo costi è da ritenere approvato.
Su richiesta, le eventuali radiografie (con nome, data e numero dei denti) devono essere allegate al presente formulario.