

Lesioni dentarie secondo la LAMal – Constatazioni/preventivo

Nome _____ Indirizzo dell'assicurazione _____
 Cognome _____
 N. della polizza _____
 Data di nascita _____ (giorno/mese/anno)
 Via/n. _____ Telefono _____
 NPA/Luogo _____
 Telefono _____ Pratica trattata da (Sig./Sig.ra) _____
 Medico dentista _____

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 corone 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 sì no

4. Stato dentale per infortuni e malattie secondo la LAMal

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

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 una/uno specialista SSO in ortodonzia.

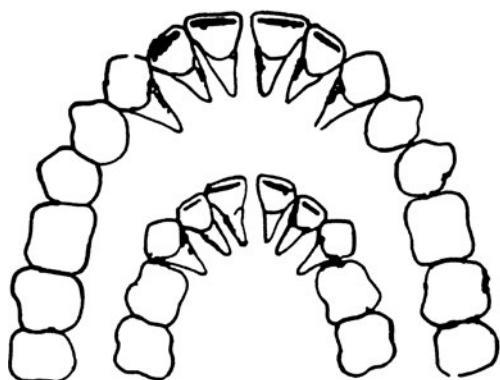
Il trattamento definitivo potrà probabilmente essere pianificato solo dopo un periodo d'osservazione di _____.

7. Proposte per il trattamento definitivo

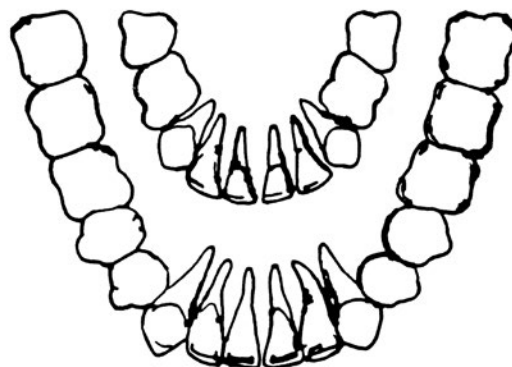
(ammesso che sia possibile al momento della stesura di questo rapporto)

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 un *)

Dente n.	Cifra tariffa	Prestazione	Punti	Dente n.	Cifra tariffa	Prestazione	Punti
----------	---------------	-------------	-------	----------	---------------	-------------	-------

Riporto

Totale punti

× 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.