

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 _____ 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) | | |

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

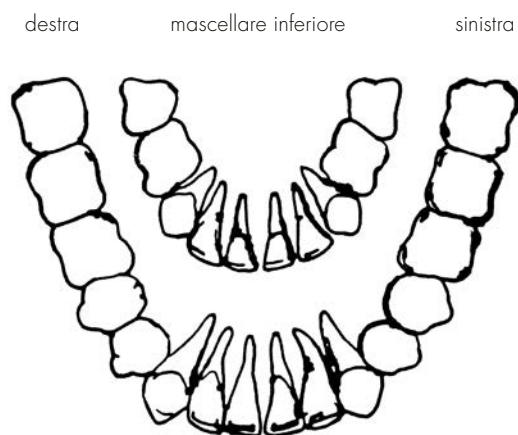
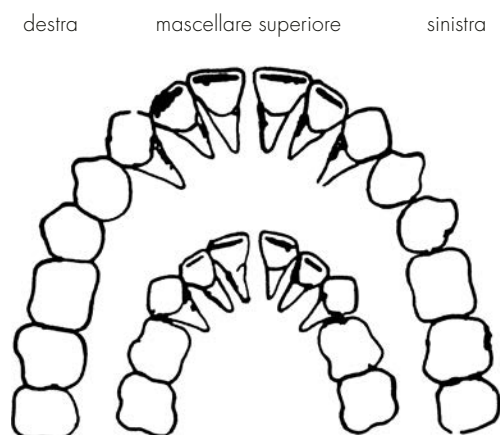
Osservazione necessaria durante almeno _____ anni.

Cura ortodontica resa necessaria o più complicata dall'infornuto. 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)



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

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.

A VOSTRA DISPOSIZIONE 24 ORE SU 24, 365 GIORNI ALL'ANNO.

Telefono 0800 80 90 80 / swica.ch

