

|  |
| --- |
| **SCHEDA ODONTOIATRICA**  *Compilazione a cura dell’Odontoiatra* |

**TIMBRO** della struttura sanitaria o dell’Odontoiatra

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  | Nome e Cognome del paziente | |
|  |  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Patologia riscontrata: |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Prestazione effettuata** | | **Documenti allegati alla fattura** | |
| Protesi |  |  | Certificato di conformità della protesi dentale |
|  |  | Dichiarazione prestazione effettuata, degli elementi dentali trattati, dei materiali utilizzati |
| Ortognatodonzia |  |  | Certificato di conformità dell’apparecchio ortodontico |
|  |  | Piano di trattamento ortodontico |
|  |  | Foto intraorali delle arcate con i brackets e gli archi |
| Chirurgia |  |  | Registro operatorio |
| Implantologia |  |  | Certificato di conformità dell’impianto dentale |
|  |  | Piano di trattamento implantologico |
|  |  | Foto intraorali pre – post trattamento (facoltativo) |

**Preventivo n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_**

**Fattura: n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_; n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_; n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;**

**n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_; n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;**

**Totale spesa complessiva sostenuta:** € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data compilazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome e cognome dell’odontoiatra |  | |  |
| (se non presente nel timbro) |  | |  |
|  |  | Firma dell’odontoiatra | | |
|  |  |  | | |