

QUESTIONARIO DENTALE¹

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

N° di polizza. _____

Timbro

dentista

<i>Vi preghiamo di rispondere alle seguenti domande</i>		<i>In caso affermativo indicare trattamento e costo</i>
Avete in corso o vi state accingendo a sottoporvi a cure dentistiche, impianti corone, ponti e/o otturazioni?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Soffrite di paradontosi?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	

NB.:L'assicurato deve compilare la sezione relativa a "Stato attuale"

La sezione "trattamento", invece, deve essere compilata dal dentista nel caso in cui siate attualmente in cura.

Vi preghiamo di completare la tabella usando le abbreviazioni sotto elencate

Tabella dentale																		
	destra								Sinistra									
Trattamento																		Trattamento
Stato attuale																		Stato attuale
Mandibola superiore	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Mandibola superiore	
Mandibola inferiore	48	47	46	45	44	46	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Mandibola inferiore	
Trattamento																	Trattamento	
Stato attuale																	Stato attuale	

Stato attuale (finding):

m = missing tooth/dente mancante
 g = gap closure/chiusura dello spazio
 c = crown/corona
 b = bridge/ponte
 i = implant/ impianto
 b = bridge/ponte
 in = inlay (filing)/otturazione

Trattamento (treatment):

I = Implant/Impianto
 C = Crown/Corona
 T = Telescope crown/ corona di telescopio
 M = Metal-ceramic crown/corona (metallo o porcellana)
 B = Bridge/Ponte
 S = Support element/altro elemento di supporto
 IN = Inlay/otturazione
 ON= Onlay/capsula

Nome e indirizzo del dentista

Firma dell'assicurato

Data di compilazione

¹ Da compilarsi a cura di ogni assicurato per il quale sia stato sottoscritto un programma di salute internazionale inclusivo delle Cure Dentali.