

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

## Consultazione/Preventivo



Agenzia/N°

Numero cliente

**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) .....

--	--

3.2 Lussati (spostati) .....

--	--

3.3 Sublussati (vacillanti) .....

--	--

3.4 Contusi (ammaccati) .....

--	--

3.5 Corone fratturate senza lesione della polpa .....

--	--

3.6 Corone fratturate con lesione della polpa .....

--	--

3.7 Radici fratturate .....

--	--

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

Sì  No

--	--

4.2 Denti difettosi, non riparati

Sì  No

--	--

4.3 Denti otturati

Sì  No

--	--

4.4 Denti colpiti da parodontosi

Sì  No

--	--

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.

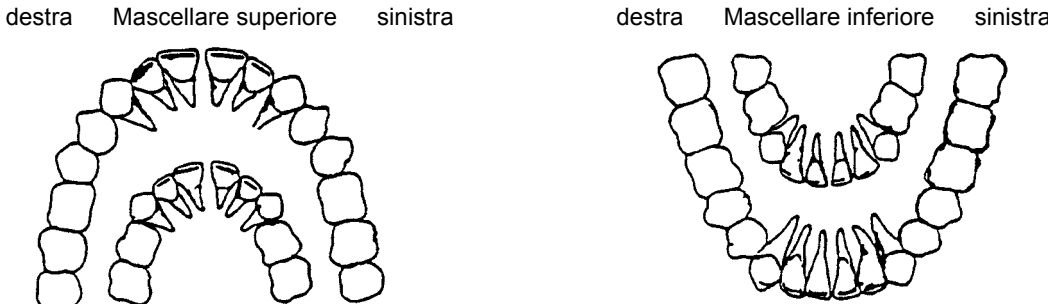
Trattamento riparativo definitivo può essere programmato prevedibilmente solo dopo un periodo di osservazione di \_\_\_\_\_

**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)**



**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.