

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

## Consultazione/Preventivo



Agenzia/N°

Numero cliente

CSS Assicurazione malattie SA

INTRAS Assicurazione malattie SA

Arcosana SA

Sanagate SA

**Dentista**

**Indirizzo della persona assicurata**

Cognome

Signore

Signora

Nome

Via/N°

NPA/Località

Numero di codice creditore

### 1 Rilevamento dello stato attuale

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: (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.

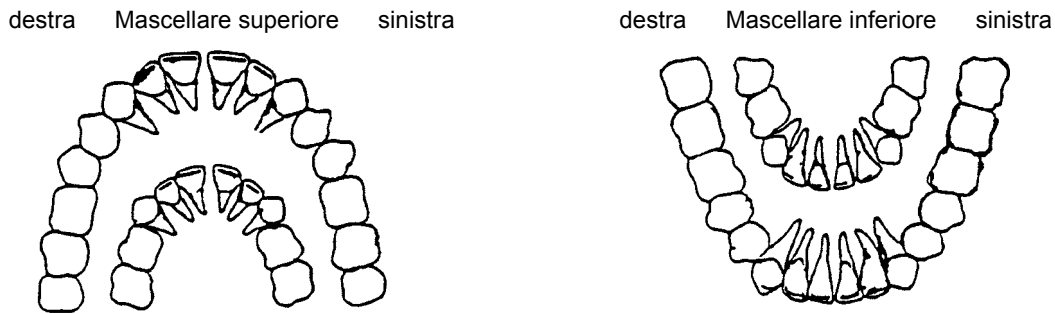
Trattamento riparativo definitivo può essere programmato prevedibilmente solo dopo un periodo di osservazione di \_\_\_\_\_

**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            |          | =             | 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.