ARCOBALENO

SCHEDA ANAMNESTICA ODONTOIATRICA

Il Sottoscritto/a _____

Denominazione Azienda/Ente _____
(obbligatoria se la polizza è stipulata dall'Azienda/Ente)

Nato a _____ il _____

Codice Fiscale I__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residente a _____ Prov _____ CAP _____

Via/Piazza _____ N° _____

N° tel. _____

Gentile Cliente,
affinché Fondo Arcobaleno possa valutare la copertura delle prestazioni odontoiatriche che si appresta a effettuare, è necessario che il suo medico dentista compili la Scheda Anamnestica odontoiatrica che segue. Tale scheda, formulata per rendere più agevole e uniforme lo stato di salute del suo cavo orale, una volta compilata in ogni sua parte, andrà inviata, unitamente alle fatture relative alle prestazioni a:
FONDO SANITARIO ARCOBALENO, Via Piave 7 – 30171 Mestre (VE)

TERMINOLOGIA

X	Elemento mancante	**Wor**	Oro-Resina
O	Otturazione	**Woc**	Oro-Ceramica
D	Devitalizzazione	**Wlp**	Lega Preziosa
In	Intarsio	**Wlnp**	Lega Non Preziosa
RIC	Ricostruzione	**P**	Perno moncone
W	Corona	**S**	Scheletrito
F	Fixture (impianti osteointegrati)	**Dp**	Dente Pilastro
Pf	Protesi fissa		
Pm	Protesi mobile		

SCHEMA

DX						SUPERIORE									SX
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
DX						INFERIORE									SX

NOTE

Firma del medico curante (dentista) _____

Data _____