

## Lesioni dentarie: constatazioni/preventivo

Questo formulario deve essere compilato dal suo dentista.

Persona assicurata

Cognome, nome

N. d'assicurato

Infortunio del

Gruppo Helsana

Service Center

Denti

Viale Portone 2, 6501 Bellinzona

### 1 Data della prima consultazione

Dinamica dell'infortunio

### 2 Dentatura al momento dell'allestimento del rapporto (barrare i denti mancanti)

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

### 3 Stato di tutti i denti prima della lesione dentaria

Stato di tutti i denti al momento del rapporto (se lo stato precedente non è noto)

Denti con trattamento radicolare precedente

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Denti difettosi, non riparati

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Denti otturati

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Denti colpiti da paradentosi

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Corone, ponti

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Protesi

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Tipo dell'apparecchio ortodontico

### 4 Danni dovuti a infortunio (barrare)

Per i denti di latte usare le designazioni 5-8 del quadrante

#### a) Denti

lussati totalmente (persi)

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

lussati (spostati)

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

sublussati (vacillanti)

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

contusi (picchiati)

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

corona fratturata senza lesione della polpa

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

corona fratturata con lesione della polpa

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

radici fratturate

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Continua alla pagina successiva

Persona assicurata

Cognome, nome

N. d'assicurato

4 b) Ossa della mascella o parti molli

c) **Protesi, denti artificiali, apparecchi ortodontici danneggiati** (indicazioni esatte sul tipo di lavoro, risp. apparecchio, ed entità del danno)

5 **Misure immediate**

a) **Misure diagnostiche con reperto** (radiografie, prove della vitalità, mobilità, anche dei denti vicini e antagonisti)

b) **Misure terapeutiche**

6 **Proposte per il trattamento intermedio, evoluzione ulteriore probabile**

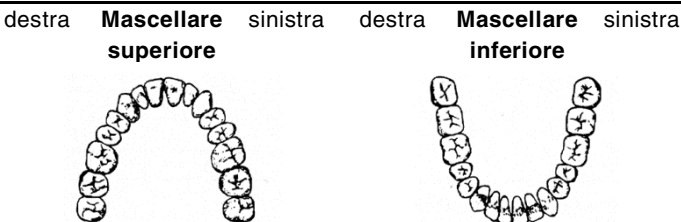
- Osservazione necessaria durante almeno \_\_\_\_\_ anni.
- Cura ortodontica causata o resa più complicata dall'infortunio; è riservata la consultazione di uno specialista SSO in ortodonzia.
- Il trattamento definitivo potrà essere pianificato solo dopo un periodo d'osservazione di \_\_\_\_\_.

7 **Proposte per il trattamento definitivo**

(ammesso che sia possibile al momento della stesura di questo rapporto)

8 **Schema dei lavori proposti**

(da riempire dal dentista)



9 **Preventivo**

Le cifre corrispondenti al trattamento già effettuato d'urgenza vanno contrassegnati con un\*

Dente n.	Cifra tariffa	Genere di trattamento	Punti	Dente n.	Cifra tariffa	Genere di trattamento	Tax-punkte
				Riporto			
						Totale punti	
				x valore del punto CHF = CHF			
A questo importo si aggiungono i costi di laboratorio							

Luogo e data

Timbro e firma

Eventuali radiografie (recanti nome e il numero dei denti) vanno allegate al presente formulario. La copia è per il dentista.