FONDO ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA VIGILANZA

SCHEDA ANAMNESTICA ODONTOIATRICA

Il Sottoscritto/a			
Nato a	il	**Codice Fiscale** I__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	
Residente a		Prov	CAP
Via/Piazza		N°	N° tel.

Gentile Cliente,
affinché Fasiv possa valutare la copertura delle prestazioni odontoiatriche che si appresta ad effettuare, è necessario che il **suo medico dentista** compili la Scheda Anamnestica odontoiatrica che segue.

Si prega di barrare con una X il trattamento che andrà ad eseguire e/o la patologia riscontrata

	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE I		**ELEMENTO DI SCHELETRATO**
	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGIE II		**ELEMENTO DI PROTESI MOBILE**
	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE III		**ELEMENTO DI PROTESI FISSA**
	TORUS PALATINO		**ELEMENTO NON VITALE**
	TORUS MANDIBOLARE		**ELEMENTO DOLENTE ALLA PERCUSSIONE**
	FRENULO TECTOLABIALE		**ELEMENTO IN MOBILITA' GRADO +**
	EPULIDE (granuloma a cellule gigante)		**ELEMENTO IN MOBILITA' GRADO 1**
	LEUCOPLACHIA		**ELEMENTO IN MOBILITA' GRADO 2**
	ERITOPLACHIE O SOSPETTE LESIONI TUMORALI		**ELEMENTO IN MOBILITA' GRADO 3**
	ALTRE PATOLOGIE DELLE MUCOSE ORALI		**CISTI (odontogena o radicolare)**
	FRENULO		**DIFETTO OSSEO ANGOLARE**
	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER I		**ELEMENTO RITENUTO OD INCLUSO**
	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER II		**CARIE**
	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER III		**OTTURAZIONE**
	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER IV		**DEVITALIZZAZIONE**
	RIASSORBIMENTO OSSEO ORIZZONTALE		**INTARSIO**
	GRANULOMA PERIAPICALE		**RICOSTRUZIONE**
	FRATTURA RADICOLARE		**CORONA PRETESICA SINGOLA**
	RESIDUO RADICOLARE		**FIXTURE**
	FRATTURA CORONALE		**PERNO MONCONE**
			DENTE PILASTRO
			AVULSIONE

FONDO ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA VIGILANZA

Schema degli elementi interessati dal trattamento che andrà ad eseguire

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 e timbro del medico dentista

_____

Data

_____