

Formulario dentario

No AVS:..... **Nome e Cognome:**

1. Data della consultazione:

2. Dentatura al momento del rapporto 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
(cancellare i denti mancanti) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

3. Denti mancanti, non sostituiti: 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

4. Denti difettosi, non trattati: 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

5. Denti colpiti da parodontosi: 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

6. Denti con trattamento radicolare: 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

7. 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

8. Indicare il numero del dente:
Corone
Ponti
Impianti
Inlay/onlay.....
Cappa radicolare/Dalbo-Rotex.....
Protesi (parz. o totale / mascella inf. o sup.).....

9. Igiene orale:

10. Trattamento d'igiene professionale: si / no

10.1. Piano di trattamento

10.2. Misure già eseguite

Luogo e data:

Firma del medico dentista:
