



Buono per Interventi Correttivi a 6 mesi

(la scheda va inviata all'ASP dalla UOT insieme alla fattura recante le prestazioni effettuate)

A CURA DELLA UOP

N° scheda |__|__|__|__|__|__|

UOP |__|__|__|
codice

Data effettuazione del trattamento |__|__| |__|__| |__|__|
gg mm aa

Data visita follow-up a 6 mesi |__|__| |__|__| |__|__|
gg mm aa

Intervento Correttivo

Arcata superiore

Arcata Inferiore

Ribasamento

Aggiunta di elementi dentali o ganci

Riparazioni protesi fratturata

Altro (specificare) _____

Note _____

Firma e timbro dell'odontoiatra della UOP
che ha effettuato la valutazione

A CURA DELLA UOT

Il Sottoscritto Dr. _____, dello studio odontoiatrico _____

sito in _____, dichiara di aver effettuato gli interventi correttivi prescritti dalla UOP

Descrizione intervento _____

Data realizzazione intervento correttivo |__|__| |__|__| |__|__|
gg mm aa

Firma e timbro Odontoiatra

Firma Anziano