

FAC-SIMILE SCHEDA GIALLA



Ministero della Salute



Regione Lazio

SCHEDA INTERVENTO CORRETTIVO

(a cura della UOT)

n. |_|_|_|_|_|_|_|_|

riportare numero scheda trattamento

Unità Operativa di Terapia _____
Indirizzo _____

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Il sottoscritto Dott. _____

dichiara di aver effettuato il/i seguente/i intervento/i correttivo/i per:

- Disegno incongruo Contorno incongruo Rifinitura non corretta
- Occlusione non corretta Mancato uso di materiali a norma CE
- Altro (specificare) _____

Descrizione intervento/i correttivo/i - Osservazioni _____

Data |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
gg mm anno

Firma e timbro odontoiatra

VERIFICA TRATTAMENTO CORRETTIVO

(a cura della UOP)

UOP codice |_|_|

Esito della verifica: positiva
 negativa _____
(specificare motivo)

Data |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
gg mm anno

Firma e timbro odontoiatra
che ha effettuato la verifica
