FAC-SIMILE SCHEDA VERDE

Ministero della Salute

Regione Lazio

SCHEDA TRATTAMENTO

(a cura della UOT)

n.

Unità Operativa di Terapia _____

Indirizzo _____

Cognome_____Nome_____ Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Data di nascita |_|_| |_|_| |_|_|_|_| (gg mm anno) Comune di nascita (se estero, paese) Comune di residenza

☐ Non si realizza il trattamento proposto e si rinvia alla UOP di provenienza per (motivo) _____

☐ L'utente rifiuta il trattamento

TRATTAMENTO ODONTOIATRICO REALIZZATO *(barrare le caselle appropriate, riportando per esteso il trattamento proposto)*

	Arcata superiore	Arcata inferiore
Protesi parziale o totale	☐	☐
Protesi parziale o totale su 2 impianti con ancoraggio a pallina	☐	☐
Protesi parziale o totale su 3 impianti con ancoraggio a pallina	☐	☐

Descrizione del trattamento effettuato _____

Laboratorio Odontotecnico che ha realizzato il manufatto: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| n. identificativo Ministero della Salute

Il sottoscritto dichiara di aver effettuato il trattamento descritto e di aver consegnato al paziente l'attestato tecnico-clinico.

Data |_|_| |_|_| |_|_|_|_| (gg mm anno) Firma e timbro odontoiatra _____

Osservazioni _____

Firma dell'utente

Per informazioni: Programma Sperimentale di Odontoiatria Sociale
www.asplazio.it; osa@asplazio.it

_____

SCHEDA VERIFICA TRATTAMENTO

(a cura della UOP)

UOP codice ☐

VERIFICA DEL TRATTAMENTO: ☐ positiva ☐ negativa, si rinvia alla UOT

Se negativa, motivo:

☐ Disegno incongruo ☐ Contorno incongruo ☐ Rifinitura non corretta ☐ Occlusione non corretta

☐ Mancato uso di materiali a norma CE ☐ Altro (specificare)_____

Osservazioni_____

_____

Data |_|_| |_|_| |_|_|_|_| (gg mm anno)

Firma e timbro odontoiatra
che ha effettuato la verifica

_____

FAC-SIMILE SCHEDA VERDE