

## Prescrizione odontoiatrica

Cognome/nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Istituto di cura: \_\_\_\_\_




Camera n.: \_\_\_\_\_

Garante? \_\_\_\_\_

Persona di contatto: \_\_\_\_\_

Medico curante: \_\_\_\_\_

### Igiene orale/protesi

-  ...solo da parte del personale di cura
-  ...con aiuto
-  ...possibile autonomamente

### Un trattamento odontoiatrico...

- ☐ è necessario
- ☐ è urgente (entro 1 mese)
- ☐ non è urgente (entro 3 mesi)
- ☐ è auspicabile

### Il trattamento riguarda...

- ☐ ...Carie al dente: \_\_\_\_\_
- ☐ ...Estrazione del dente: \_\_\_\_\_
- ☐ ...Protesi: \_\_\_\_\_
- ☐ altro: \_\_\_\_\_

### Il trattamento va eseguito...

- ☐ in uno studio odontoiatrico, il/la paziente è trasportabile
- ☐ nell'istituto, il/la paziente non è trasportabile

**Inviare il preventivo...**

- ☐ al/alla paziente
- ☐ ai servizi sociali
- ☐ al curatore/alla curatrice
- ☐ alla famiglia
- ☐ Informare i parenti che è previsto un trattamento.

|              |  |
|--------------|--|
| Osservazioni |  |
| Data         |  |