

## Invio di un/una paziente al medico dentista di famiglia

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

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

Istituto di cura: \_\_\_\_\_ Camera n.: \_\_\_\_\_

Chi si fa carico delle spese? \_\_\_\_\_

Persona di contatto (familiare, curatore): \_\_\_\_\_ N. tel.: \_\_\_\_\_

Medico curante: \_\_\_\_\_ N. tel.: \_\_\_\_\_

Cara collega, caro collega,

durante la visita del \_\_\_\_\_ sono emersi i seguenti rilievi clinici/ho posto la seguente diagnosi per il/la summenzionato/a paziente.

☐ Mucose orali: \_\_\_\_\_

☐ Parodontite: \_\_\_\_\_

☐ Carie: \_\_\_\_\_

☐ Protesi: \_\_\_\_\_

☐ Ulteriori rilievi clinici: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/la paziente ci ha comunicato che lei è il suo medico dentista di famiglia. Le chiediamo quindi cortesemente di voler prendere contatto con il/la paziente per discutere sul prosieguo dei trattamenti.

Resto volentieri a sua disposizione per qualsiasi domanda.

Osservazioni	
Nome e indirizzo dello studio dentistico Medico dentista della struttura E-mail/n. tel. Timbro	
Data e firma	