

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	