

# FONDO DI SOLIDARIETA' INTERAZIENDALE

## TABELLA D - DA COMPILARE A CURA DEL DENTISTA

### CURE E PROTESI ODONTOIATRICHE ED APPARECCHI ORTODONTICI

Sig.	<input type="text"/>	Matr.	<input type="text"/>
	cognome e nome dell'Associato		se dipendente
	Azienda	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
per il figlio	<input style="width: 30%;" type="text"/>	per il coniuge	<input style="width: 30%;" type="text"/>

#### CURE CONSERVATIVE

(segnare con una crocetta i denti interessati)

<b>87654321</b>	<b>12345678</b>
<b>87654321</b>	<b>12345678</b>

			costo unitario	costo compl.	riservato a F.S.I.
n.	otturazioni	sui denti n.	€	€	
n.	devitalizzazioni	sui denti n.	€	€	
n.	cure monocalari	sui denti n.	€	€	
n.	cure pluriradcolari	sui denti n.	€	€	
n.	ricostruzioni sempl.	sui denti n.	€	€	

#### CHIRURGIA

(segnare con una crocetta i denti interessati)

<b>87654321</b>	<b>12345678</b>
<b>87654321</b>	<b>12345678</b>

n.	estrazioni semplici	sui denti n.	€	€	
n.	estrazioni complicate	sui denti n.	€	€	
n.	apicectomie	sui denti n.	€	€	
n.	frenulectomia		€	€	
n.	innesti gengivali liberi	sui denti n.	€	€	
n.	lembi o rip. apicali	sui denti n.	€	€	
n.	levigature radici	sui denti n.	€	€	
n.	impianti endosseii integrati	sui denti n.	€	€	

#### RADIOLOGIA

(segnare con una crocetta i denti interessati)

<b>87654321</b>	<b>12345678</b>
<b>87654321</b>	<b>12345678</b>

n.	radiografie	sui denti n.	€	€	
n.	panoramica		€	€	

#### IGIENE ORALE

	ablazione tartaro (cura completa) (max 2 volte all'anno)		€		
	courrettage (cura completa)		€		
	fluorizzazione (cura completa)		€		
n.	gengivectomie	sui denti n.	€	€	

data

timbro e firma del medico

# FONDO DI SOLIDARIETA' INTERAZIENDALE

SEGUE TABELLA D DA COMPILARE A CURA DEL DENTISTA

CURE E PROTESI ODONTOIATRICHE ED APPARECCHI ORTODONTICI

Sig.	<input type="text"/>	Matr.	<input type="text"/>
	cognome e nome dell'Associato		se dipendente
	Azienda	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
per il figlio	<input style="width: 30%;" type="text"/>	per il coniuge	<input style="width: 60%;" type="text"/>

## PROTESI FISSE

(segnare con una crocetta i denti interessati)

<b>87654321</b>	<b>12345678</b>
<b>87654321</b>	<b>12345678</b>

			costo unitario	costo compl.	riservato a F.S.I.
n.	elementi nobili	sui denti n.	€	€	
n.	elementi non nobili	sui denti n.	€	€	
n.	perni	sui denti n.	€	€	

## PROTESI MOBILI

(segnare con una crocetta i denti interessati)

<b>87654321</b>	<b>12345678</b>
<b>87654321</b>	<b>12345678</b>

	arcata completa superiore		€		
	arcata completa inferiore		€		
	protesi mobile in resina di un elemento	sul dente n.	€		
	per ogni elemento aggiunto	sui denti n.	€	€	
n.	scheletrati		€	€	
n.	el. aggiunti sullo scheletrato	sui denti n.	€	€	
n.	ganci acciaio	sui denti n.	€	€	
n.	ganci oro	sui denti n.	€	€	
n.	riparazione e/o ribasatura di protesi mobile		€		

## ORTODONZIA

	studio ortodontico		€		
	<b>(solo se seguito da cura)</b>				
	cura ortodontica fissa/mobile		€		
	<small>(cancellare la voce che non ricorre)</small>				
	dispositivo ortodontico di contenzione		€		
	placca e trattamento di riposizionamento mandibolare		€		
	placca di svincolo e bite		€		

data

timbro e firma del medico