

SCHEDA ANAMNESTICA ODONTOIATRICA

Il Sottoscritto/a		Denominazione Azienda/Ente (obbligatoria se la polizza è stipulata dall'Azienda/Ente)	
Nato a	il	Codice Fiscale I _____	
Residente a		Prov	CAP
Via/Piazza		N°	N° tel.

Gentile Cliente,

affinché UniSalute possa valutare la copertura delle prestazioni odontoiatriche che si appresta ad effettuare, è necessario che il **suo medico dentista** compili la Scheda Anamnestica odontoiatrica che segue. Tale scheda, formulata per rendere più agevole e uniforme lo stato di salute del suo cavo orale, una volta compilata in ogni sua parte, andrà inviata, unitamente alle fatture relative alle prestazioni a: **UniSalute S.p.A. - Rimborsi Clienti – c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO**

Terminologia:

X	Elemento mancante
O	Otturazione
D	Devitalizzazione
In	Intarsio
RIC	Ricostruzione
W	Corona
F	Fixture (impianti osteointegrati)
Pf	Protesi fissa
Pm	Protesi mobile

Wor	Oro-Resina
Woc	Oro-Ceramica
Wlp	Lega Preziosa
WInp	Lega Non Preziosa
P	Perno moncone
S	Scheletrito
Dp	Dente Pilastro

Schema

SUPERIORE															SX
DX															SX
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
INFERIORE															SX

Note:

Firma del medico curante (dentista)

Data
