

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	Wor	Oro-Resina
O	Otturazione	Woc	Oro-Ceramica
D	Devitalizzazione	Wlp	Lega Preziosa
In	Intarsio	Wlnp	Lega Non Preziosa
RIC	Ricostruzione	P	Perno moncone
W	Corona	S	Scheletrito
F	Fixture (impianti osteointegrati)	Dp	Dente Pilastro
Pf	Protesi fissa		
Pm	Protesi mobile		

Schema

DX		SUPERIORE												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
DX		INFERIORE												SX	

Note:

Firma del medico curante (dentista)

Data