

**Modulo da allegare per prestazioni odontoiatriche da compilarsi a cura del Dentista.**

PRESTAZIONI STOMATOLOGICHE ED ODONTOIATRICHE

La presente scheda, che non ha valore ai fini fiscali, rappresenta il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite con riferimento alle fatture:

n. del  
n. del  
n. del

Totale complessivo Euro  ,00

**IMPORTANTE PER L' ODONTOIATRIA**

Per ciascuna prestazione eseguita devono essere indicati i singoli denti trattati - schema (A)

Per ciascuna prestazione eseguita confermare la quantità totale dei trattamenti - schema (B)

Cognome e nome paziente \_\_\_\_\_

	schema (A)	schema (B)
<b>IGIENE ORALE</b> non rimborsabile		
Ablazione tartaro		
<b>PARODONTOLOGIA</b>		
Chirurgia gengivale per arcata		
Chirurgia muco-gengivale per arcata		
Chirurgia ossea per quadrante		
Gengivectomia per quadrante		
Inserimento materiale biocomp.per quadrante		
Courettage per quadrante		
Splittaggio Interdentale x Quadrante		
<b>CHIRURGIA</b>		
Anestesia generale		
Apicectomia e/o riposizionamento apicale		
Biopsie		All. referto Istolog.
Disinclusione denti ritenuti x elemento		
Estrazione dente o radice (sempl/compl)		
Estrazione dente o radice in inclusione ossea (parz.o tot)		
Estrazione di terzo molare in disodont.		
Interv. Chirurgia preprotetica x quadrante		
Interv.piccola chirurgia orale		
Interv. Per asportazione di epulide		All. referto Istolog.

Rizectomia e rizotomia - come unico intervento


Rizotomia - come unico intervento

**CONSERVATIVA**

Incappucciamento della polpa


Intarsi in Lp - inlay o onlay

All.certif.labor.odont.

Otturazione carie non penetrante


Otturazione di cavità Ia Classe


Otturazione di cavità IIa Classe


Otturazione di cavità IIIa Classe


Otturazione di cavità IVa Classe

Otturazione di cavità Va Classe

**ENDODONZIA**

Cura canalare completa 1 canale


Cura canalare completa 2 canali


Cura canalare completa 3 canali


Pulpotomia e otturaz. Camera pulpare


Ritrattamento endodontico per canale

**ORTODONZIA**

Durata max 3 anni

Trattamento ortodontico - arcata superiore


Trattamento ortodontico - arcata inferiore

Data

Timbro e Firma del Dentista

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_