

DICHIARAZIONE DEL DENTISTA



Il sottoscritto medico curante dichiara che le cure sotto elencate sono state prestate esclusivamente al/alla signor/ra

cognome nome

nato/a a il

QUANTITÀ	TIPO INTERVENTO:	RISERVATO CE	
n.	Radiografia ortopantomografica		
n.	Radiografia endorale	n. dente	
n.	Estrazione dente Permanente	Semplice	n. dente
		Complicata	n. dente
n.	Cura e otturazione carie semplice	n. dente	
n.	Cura canalare dente	Monoradicolata	n. dente
		Pluriradicolata	n. dente
n.	Corona	n. dente	
n.	Impianto	n. dente	
n.	Dente a perno	n. dente	
n.	Ricostruzione	n. dente	
n.	Attacco ad incastro	n. dente	
n.	Protesi fissa per elemento di travata	n. dente	
n.	Protesi mobile per elemento in resina	n. dente	
n.	Elemento aggiuntivo di protesi già applicata	n. dente	
n.	Ribasatura protesi mobile per arcata	n. dente	
n.	Protesi scheletrata	n. dente	
n.	Elementi di protesi scheletrata	n. dente	
n.	Gancio fuso	n. dente	
n.	Apparecchio Ortodontico	Mobile	
		Fisso	
n.	Interventi paradontali	n. dente	
n.	Ablazione tartaro per seduta		
n.	Visita		
n.	Altre prestazioni	n. dente	

La presente dichiarazione viene rilasciata sotto la propria personale responsabilità. Eventuali falsità saranno perseguite ai sensi dell'art. 485 C.P. e 640 C.P. (falsità in scrittura privata e truffa).

Il presente prospetto va redatto dall'odontoiatra, ai sensi dell' art. 31 della legge 11.03.72 nr. 18, e deve contenere in dettaglio l'indicazione delle prestazioni di cui alla relativa fattura.

Data

Timbro e firma