

QUESTIONARIO SANITARIO ODONTOIATRICO

Nome / Cognome: _____ Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____ Codice Fiscale: _____

Gentile Assicurando,

per poter valutare lo stato di salute della Sua bocca, La invitiamo a compilare insieme al Suo dentista il presente questionario. Si precisa che dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società, possono comportare la perdita totale o parziale al diritto di indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 del Cod. Civ.

Anamnesi Odontoiatrica

Quando si è sottoposto all'ultimo controllo odontoiatrico: _____

Ha avuto problemi durante il trattamento odontoiatrico? sì NO

Se Sì, quali: _____

È stato curato per problemi parodontali? sì NO

Se Sì, quali: _____

È stato curato per problemi protesici? sì NO

Se Sì, quali: _____

È stato curato per problemi di articolazione temporo mandibolare? sì NO

È bruxista (digrigna i denti nel sonno)? sì NO

Fa uso di bite? sì NO

Fuma? sì NO

Ex fumatore da più di 5 anni? sì NO

È affetto/a da diabete mellito? sì NO

Esame Obiettivo Odontoiatrico

































Il presente modulo, elaborato per rendere più agevole e uniforme la descrizione dell'attuale stato della Sua bocca, dovrà essere compilato dal Professionista incaricato della valutazione ed inviato/trasmesso unitamente all'eventuale piano di cura e preventivo di spesa ritenuto indicato/necessario nel Suo caso.

Cognome / Nome: _____

VALUTAZIONE PARODONTALE ¹⁾

Dichiarazione finale di assicurabilità (clinico-medica ed economica a cura della Compagnia)

Valutazione medico-assuntiva - prestazioni escluse³⁾

Note a commento:

Data: _____ Firma del Medico: _____

Riferimenti per la compilazione del questionario sanitario odontoiatrico

- 1) Nella sezione di valutazione parodontale deve essere descritta la situazione del parodonto con particolare riferimento ai quadri patologici eventualmente presenti e le relative sedi. Si richiede in tal caso di allegare foto digitali endorali per documentazione.
- 2) Gli schemi dentari relativi allo stato attuale (cure eseguite e manufatti protesici preesistenti) e al piano di trattamento (cure e protesi da eseguire) devono essere compilati tenendo conto dei codici delle prestazioni del nomenclatore tariffario odontoiatrico riportati nella pagina seguente. Dovranno essere indicate negli appositi box le cure/protesi eseguite o da eseguirsi indicando per ogni elemento i codici corrispondenti. Le prestazioni indicate nella sezione piano di trattamento rappresenteranno, in generale, le prestazioni escludibili dalla copertura.
- 3) Nella sezione valutazione medica assuntiva verranno indicati, a cura del consulente tecnico odontoiatra della Compagnia, gli elementi e i relativi codici delle prestazioni da considerare esclusi dalla copertura.