

Assicurazione complementare AGRI-dental: questionario del dentista

Cognome: _____ **Nome:** _____ **Data di nascita:** _____ **NAP/Luogo:** _____ **VN:** _____

Dal compimento del 6° anno d'età devono essere allegate al questionario le radiografie (foto 2 Bitewing risalenti a non più di due anni fa). Esse saranno restituite dopo l'avvenuto esame del rischio.

I denti della persona da assicurare si trovano attualmente nel seguente stato:

1. Conservati (otturazioni) senza carie 1-4 lesioni non medicate più di 4 lesioni
2. Endodontico
 Trattamenti delle radici sì, quanti? _____ no
 Revisioni/ trattamenti delle radici necessari sì, quanti? _____ no
3. Parodontale (infiammazioni delle gengive) sì generale locale no
4. Perdita ossea sì generale locale no
5. Ortodontistico, necessità di trattamento improbabile probabile

6. Sussiste una protesi dentaria? sì no
 Se sì, quale? _____ Stato: _____
 Corona buono mediocre cattivo
 Ponte buono mediocre cattivo
 Impiantato buono mediocre cattivo
 Protesi buono mediocre cattivo

7. Ci sono denti devitalizzati? sì no
 Se sì, quali (allegare radiografie)? _____

8. Sussistono conseguenze di un infortunio dentale? sì no
 Se sì, quali? _____
 Data infortunio: _____

9. Sussiste una posizione sbagliata dei denti e/o della mandibola? sì no

10. Sussiste un'anomalia dentaria? sì no
 Se sì, quale? _____

11. La persona da assicurare è attualmente in trattamento? sì no
 Se sì, perché? _____

12. Il trattamento è pianificato o auspicabile? sì no
 Se sì, perché? _____
 Quando? _____

13. Quando è avvenuto l'ultimo trattamento o controllo dentale da lei? _____

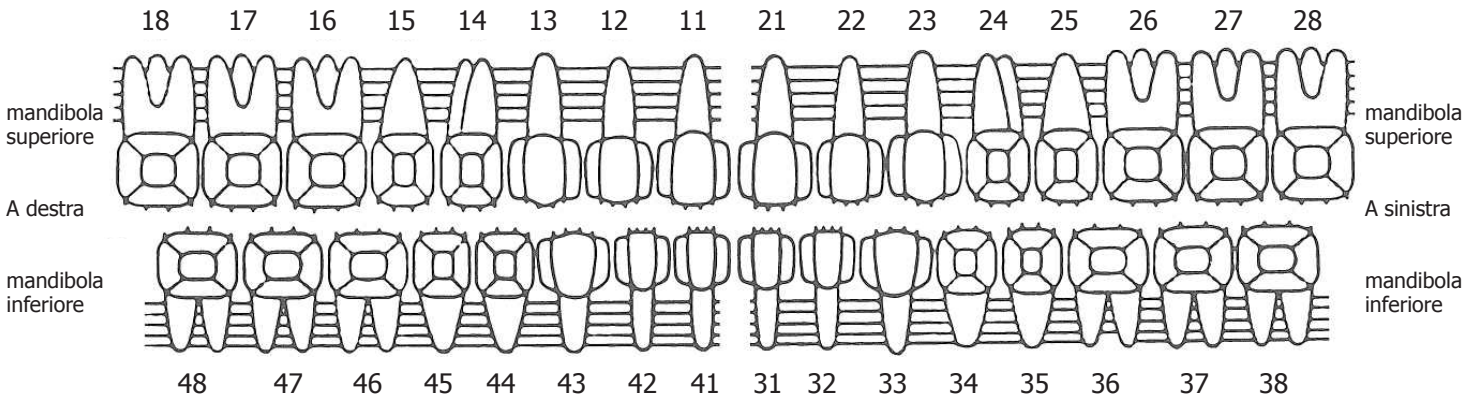
Per favore, nella pagina seguente segnare nello schema la diagnosi con il rispettivo simbolo

Cognome:

Nome:

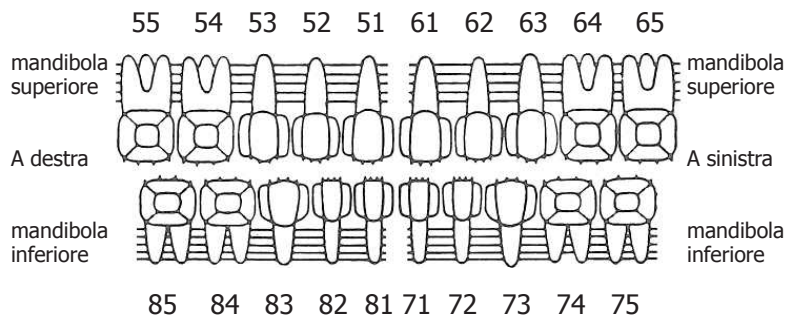
Data di nascita: NAP/Luogo:

VN:



- X Dente mancante
- H Otturazione
- Corona
- Ponte
- ⊗ Impiantato
- ∩ Protesi totale, mandibola superiore
- ∪ Protesi totale, mandibola inferiore
- ⌒ Protesi parziale, mandibola superiore
- ⌒ Protesi parziale, mandibola inferiore
- D Dente devitalizzato
- R Dente retinato
- ZK Inclinazione del dente
- O Dente cariato/otturazione guasta

Denti di latte



Osservazioni del dentista

Il dentista sottoscritto conferma che il questionario è stato compilato in modo veritiero. Indicazioni in-complete o sbagliate possono comportare per la persona proponente il rifiuto di prestazioni, riserve o la disdetta del contratto.

Luogo e data

Timbro e firma del dentista

Ha risposto in modo completo alle domande e ha allegato le radiografie?