

CURA ORTODONTICA SUSSIDIATA

Dati personali:

Cognome e nome :

Cognome e nome del padre :

Cognome e nome della madre :

Data di nascita :

Indirizzo :

Scuola e classe :

Telefono :

Diagnosi:

.....

.....

.....

.....

Copertura Cassa Malati? (allegare in ogni caso il certificato di Cassa Malati)

Contributo Cassa Malati?

Trattasi di caso AI?

Piano di cura:

apparecchi previsti :

preventivo di massima :

Il preventivo di massima può variare in + del 20% a seconda dell'andamento della cura. Qualora fatti imprevisti implicassero un sorpasso maggiore l'ortodontista è tenuto ad allestire un nuovo preventivo

Timbro e firma del medico curante:

Importo a carico dei genitori: fr.

Importo a carico del Comune: fr.

Consenso dei genitori:

Il sottoscritto è d'accordo con la cura ortodontica del figlio/a e prende a carico la relativa percentuale di costo.

SI
NO

Contemporaneamente il sottoscritto ha preso atto delle istruzioni concernenti la cura ortodontistica.

(Luogo e data)

(firma dei genitori)

(formulario da compilare in 3 copie)