"PIANO ODONTOIATRICO PER I FAMILIARI"

CADIPROF
CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER I LAVORATORI DEGLI STUDI PROFESSIONALI

ATTESTAZIONE ODONTOIATRA PER I FAMILIARI
(Coniuge/Convivente e Figli)

DATI ISCRITTO CADIPROF

Cognome_____ Nome_____ Data di nascita gg_____mm_____ aaa_____

Indirizzo _____ n. _____ Comune _____ CAP _____ Prov. ___

Cod. Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Dati familiare (coniuge/convivente o figlio)

Cognome _____ Nome_____ Cod. Fiscale _____

DA FAR COMPILARE AL DENTISTA

☐ **IMPIANTO OSTEOINTEGRATO per coniuge o convivente more uxorio**

il/la sottoscritto/a Dott. _____ attesta che il/la paziente _____ sopraindicato/a è stato/a sottoposto/a all'intervento di posizionamento di n. _____ impianti, alla/e posizione/i ___ /____ / ____ Piano di cura: data inizio trattamento _____ data fine trattamento _____ preventivo di costo totale: _____

Data _____ Timbro e firma del dentista _____

☐ **TRATTAMENTO ORTODONTICO per i figli**

il/la sottoscritto/a Dott. _____ attesta che il/la paziente _____ sopraindicato/a è stato/a sottoposto/a alla seguente tipologia di trattamento ortodontico intercettiva ☐ funzionale mobile/fissa ☐ allineatori invisibili ☐

per malocclusione di 1^, 2^ o 3^ classe di angle riportabile a **GRADO 3** ☐ **4**☐ **5**☐ **IOTN**, come sotto specificato ***(barrare almeno una lettera di riferimento alla problematica):***

Grado 3 – Casi Border Line

A Aumento di overjet tra 3,5 e 6 mm con labbra incompetenti
B Overjet negativo fino a 3,5 mm
C Crossbite anteriore o posteriore con discrepanza tra 1 e 2 mm posizione di massima retrusione e massima intercuspidazione
D Dislocamento dei punti di contatto tra 2 e 4 mm
E Open bite anteriore o posteriore compreso tra 2 e 4 mm
F Morso profondo completo, fino ai tessuti molli gengivali o palatini ma senza trauma

Grado 4 – Necessità di trattamento

A Aumento di overjet tra 6 e 9 mm
B Overjet negativo superiore a 3,5 mm ma senza difficoltà masticatorie o fonatorie
C Crossbite anteriore o posteriore con discrepanza superiore a 2 mm tra posizione di massima retrusione e massima intercuspidazione
D Grave dislocamento dei punti di contatto oltre 4 mm
E Grave open bite anteriore o posteriore superiore a 4 mm
F Overbite aumentato e completo con trauma dei tessuti molli gengivali o palatini

(segue grado 4)

G Ipodonzia lieve che richieda ortodonzia pre-restaurativa o chiusura di spazi per eliminare la necessità di protesi
H Crossbite linguale posteriore (scissor bite) senza contatti funzionali occlusali in uno o entrambi i lati della bocca
I Overjet negativo compreso tra -1 e -3,5 mm con presenza di difficoltà masticatorie e/o fonatorie
J Denti parzialmente erotti, inclinati ed impattati contro denti adiacenti
K Presenza di elementi soprannumerari

Grado 5 – Necessità di trattamento

A Aumento di overjet superiore a 9 mm
B Overjet negativo superiore a 3,5 mm con presenza di difficoltà masticatorie o fonatorie
C Eruzione impossibile di elementi dentari (eccezion fatta per il terzo molare) a causa di affollamento, dislocamento di elementi dentari, presenza di soprannumerari, decidui ritenuti o qualsiasi altra causa patologica
D Ipodonzia grave con implicazioni restaurative (più di un elemento mancante per quadrante) con necessità di ortodonzia pre protesica
E Labio-palato schisi o altre anomalie cranio facciali
F Denti decidui inclusi

Piano di cura: data inizio trattamento _____ data fine trattamento _____ preventivo di costo totale:_____

Data _____ Timbro e firma del dentista _____

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR" o "Regolamento"), si informa che il trattamento dei dati personali e sensibili riguardanti l'iscritto, i suoi familiari (inerenti dati anagrafici e/o sanitari) e il datore di lavoro, forniti con il presente modulo e con la documentazione allegata, è finalizzato unicamente ad eseguire gli obblighi contrattuali e normativi, oltre che a fornire informazioni sui nostri servizi. Il trattamento avverrà presso la sede della CADI.PROF. (di seguito per brevità denominata Cassa) in Roma con l'utilizzo di procedure informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità. La Cassa garantisce che il trattamento dei predetti dati e dei documenti allegati avviene secondo modalità idonee a garantirne la sicurezza, la riservatezza e l'integrità. I dati non verranno utilizzati per finalità difformi da quelle sopra indicate. Per finalità scientifiche e/o statistiche i dati saranno rappresentati in forma anonima. I dati potranno essere comunicati solo ad eventuali nostri Collaboratori, Responsabili o Incaricati del trattamento. Il conferimento dei dati è necessario per l'esatta esecuzione degli obblighi contrattuali e di legge e la loro mancata indicazione comporta l'impossibilità di adempiere alle obbligazioni a carico della Cassa. Agli interessati sono riconosciuti tutti i diritti di cui all'articolo 7 del citato Codice ed in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e/o la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendo le relative richieste per posta al Titolare e Responsabile del trattamento dati per CADI.PROF. ovvero al suo legale rappresentante pro tempore. Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento e consapevole che lo stesso può riguardare dati sensibili, in particolare idonei a rivelarne lo stato di salute, l'interessato con la firma del modello, presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Data _____ Firma dell'iscritto/a _____

fotocopiabile per più utilizzi