



# PROGETTO "DENTISTA PER LA FAMIGLIA"

## ATTESTAZIONE ODONTOIATRA

### ISCRITTO/A CADIPROF

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita gg \_\_\_\_ mm \_\_\_\_ aaaa \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale

**Per la/il propria/o figlia/o** (da compilare solo in caso di trattamento ortopedico/ortodontico):

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale

#### RIABILITAZIONE IMPLANTO-PROTESICA COMPLETA

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ attesta che  
il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ sopraindicato/a è stato/a sottoposto/a  
all'intervento di posizionamento di n. \_\_\_\_\_ impianti, alla/e posizione/i \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma del dentista \_\_\_\_\_

#### RIABILITAZIONE PROTESICA SU DENTI NATURALI O RADICI

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ attesta che  
il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ sopraindicato/a è stato/a sottoposto/a  
all'intervento di posizionamento di n. \_\_\_\_\_ corona/e, alla/e posizione/i \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma del dentista \_\_\_\_\_

#### TRATTAMENTO ORTOPEDICO/ORTODONTICO

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ attesta che  
il/la paziente \_\_\_\_\_ sopraindicato/a è stato/a sottoposto/a  
a trattamento ortodontico per malocclusione di 1<sup>^</sup>, 2<sup>^</sup> o 3<sup>^</sup> classe di angle riportabile al **GRADO 3**  **4**   
**5**  indice IOTN, come sotto specificato e **barrare almeno una lettera di riferimento:**

##### 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 intercuspiazione
- 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 intercuspiazione
- 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 Ipocondia 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 Ipocondia 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

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 C.A.DI.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 C.A.DI.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 \_\_\_\_\_