



Nome .....Cognome..... Data di nascita.....

Data prima rilevazione.....

Ha eseguito visita odontoiatrica dalla visita precedente ?

si  no

Ha avuto estrazioni dentarie, perdita dentaria spontanea, impianti, interventi chirurgici negli ultimi.... ?

si  no

	Data Accessi ambulatoriali	Patologia (codice)	Note	Firma del Paziente	Firma del Medico
1					
2					
3					
4					
5					
6					

**Patologia (codice)**

- 1: Estrazione Dentaria
- 2: Perdita Dentaria Spontanea
- 3: Impianti
- 4: Interventi Chirurgici