



ALLEGATO 1. Procedura GESTIONE DANNO DENTARIO - SEGNALAZIONE DANNO DENTARIO
SEZIONE DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO

***All'U.O.C di Odontostomatologia
Dott. Pietro di Michele
Largo del Pozzo 79 –Modena
Tel. 059.438026
FAX 059.438.077***

***Alla Direzione Sanitaria dello
Stabilimento Ospedaliero di/Alla
Direzione di Distretto
FAX***

PER I PROVVEDIMENTI DI COMPETENZA, SI SEGNALE CHE IN DATA _____, IL/LA SIG/RA _____, NATO/A _____ IL _____, DOMICILIATO/A A _____ () IN VIA _____ (TEL. N. _____) IN ESITO AD UNA PRESTAZIONE MEDICO-CHIRURGICA (SPECIFICARE QUALE) _____ ESEGUITA (OVVERO) NEL CORSO DELL'ASSISTENZA SANITARIA RICEVUTA PRESSO L'U.O./SERVIZIO DI _____ DELL'OSPEDALE DI / DEL DISTRETTO DI _____ HA RIPORTATO IL SEGUENTE DANNO (BARRARE CON UNA X L'APPOSITA CASELLA):

- lesione denti¹** _____
- lesione protesi dentaria fissa/mobile**
- smarrimento di protesi dentaria mobile**

SI RICHIEDE PERTANTO UNA VALUTAZIONE ODONTOIATRICA URGENTE

DATA _____

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO _____

¹ Specificare sinteticamente il tipo di lesione (avulsione, rottura, infrazione) e gli elementi dentari interessati

ALLEGATO 1. Procedura GESTIONE DANNO DENTARIO - **SEGNALAZIONE DANNO DENTARIO**
SEZIONE RISERVATA AL PAZIENTE

IO SOTTOSCRITTO/A _____
DICHIARO DI ESSERE STATO/A INFORMATO/A DAL DR. _____ DELLA
DISPONIBILITÀ DELL'AZIENDA U.S.L. DI MODENA DI FARSI CARICO A TITOLO GRATUITO DELLA
RIPARAZIONE DEL DANNO DENTARIO DA ME RIPORTATO.

DICHIARO ALTRESÌ LA MIA DISPONIBILITÀ A SOTTOPORMI, A TAL FINE, AD UNA VISITA
ODONTOIATRICA PER LA VALUTAZIONE DEL DANNO DENTARIO RIPORTATO.

SI

NO

SE SÌ, AUTORIZZO L'AZIENDA U.S.L. DI MODENA A CONTATTARMI TELEFONICAMENTE AL/AI
SEGUENTE/I RECAPITO/I _____

DATA _____

FIRMA DEL/DELLA PAZIENTE _____

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE ² _____

² Se si tratta di persona minore, interdetta, inabilitata o amministrata.