

Sede Ospedale Civico

Primario

Prof. Dr med. M. Trimarchi

Viceprimario

PD Dr med. Dr med. dent. R. A. Zwahlen

Tel. 091 811 61 73

Email: otorinolaringoiatria.lugano@eoc.ch

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____

Richiesta visita specialistica Ambulatorio di Chirurgia Maxillo-Facciale e orale

Motivo della visita:

attenzione: per i pazienti con problemi dell'articolazione temporo-mandibolare (ATM): vi è una convenzione tra SSO (Società Ticinese dei medici dentisti) e l'Unità di chirurgia orale e maxillofacciale, che stabilisce che questi pazienti debbano andare prima dal medico dentista. Se il dentista dopo il triage non può trattare personalmente il paziente, sarà il dentista ad indirizzare il paziente alla nostra consultazione.

Diagnosi:

Piano di trattamento:

Terapia in corso:

Esami radiologici già eseguiti da allegare:

TAC RM OPT RX APICALI

Esiste una CM complementare denti?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Sono presenti allergie?
Il paziente è autopagante?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Sono presenti malattie sistemiche/infezioni trasmissibili?
E' stata fatta una richiesta all'assicurazione (LAMAL)? (allegare la decisione)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Medicamenti? Allegare terapia abituale del paziente

Medico richiedente:

.....

Data:

Timbro e firma: