

**PROPOSTA DI MODULISTICA: ACCETTAZIONE DEL PREVENTIVO E CONSENSO**

Dott. ....  
.....  
.....  
.....  
.....

Egr. Sig.....  
.....  
.....

Data preventivo: .....

**OGGETTO: esame CLINICO**

**OGGETTO: preventivo A SEGUITO DI VISITA SPECIALISTICA ODONTOIATRICA**

In seguito alla visita specialistica odontoiatrica, eseguita in data odierna, si consiglia il seguente piano di cure:

							Arcata	superiore									
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8		
				Destra							sinistra						
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8		
							Arcata	inferiore									

EMIARCATA SUPERIORE DESTRA:

EMIARCATA SUPERIORE SINISTRA:

EMIARCATA INFERIORE DESTRA:

EMIARCATA INFERIORE SINISTRA:

TOTALE PREVENTIVO : £.....

DURATA DELLA CURA: circa ..... mesi

Il presente preventivo di spesa è puramente indicativo e non deve essere considerato in alcun modo vincolante.

Qualora si verificassero cambiamenti dovuti a problemi durante l'esecuzione dei lavori il Paziente verrà informato tempestivamente.

CONDIZIONI DI PAGAMENTO :

acconto all'inizio della cura - acconto durante la cura - saldo al termine della cura

Per nessun motivo si possono rilasciare ricevute pre- o post-datate. Il presente preventivo ha valore limitato a 90 giorni.

Attesto di aver ricevuto esaurienti informazioni sui seguenti punti:

- \*trattamento diagnostico
- \*trattamento anestesiologicalo
- \*trattamento terapeutico
- \*rischi connessi al trattamento propostomi

Sulla base delle informazioni che mi sono state fornite, acconsento a sottopormi al trattamento, avendo avuto indicazioni e preventivo anche con riferimento all'aspetto economico.

Data:..... Firma del paziente:.....Firma dell'Odontoiatra:.....