

Le informazioni contenute in questo modulo sono confidenziali e coperte dal segreto professionale. Sono comunicate tra Colleghi al fine di trattare al meglio il Paziente oggetto della comunicazione.

Paziente:

Cognome: _____ Nome: _____
Luogo di nascita: _____ Data di nascita: __/__/__
Tel. Fisso: _____ Tel. Cell. _____
Luogo di residenza: _____

Medico di Fiducia:

Dott. _____
Tel. Studio _____ Tel. Cell. _____
e-mail: _____
Contatto preferito: e-mail Fax Tel. Studio Tel. Cell.

Problema per cui si richiede la consulenza:

- Infezioni dento-parodontali in paziente con co-morbidità
- Gestione paziente in terapia antitrombotica o anticoagulante
- Gestione paziente diabetico, neoplastico, con patologia cronica
- Riabilitazione disfunzione masticatoria
- Alitosi di origine orale
- Altro: _____

Obiettivi della consulenza:

- Desidero un parere su come coordinare al meglio la terapia ma non vi è particolare urgenza
- Risoluzione urgente delle infezioni dento-parodontali per poter procedere con le necessarie cure mediche (inizio tra _____ giorni)
- Riabilitazione della funzione masticatoria per permettere una nutrizione adeguata al più presto
- Altro: _____

Il paziente porterà all'appuntamento il seguente materiale già disponibile:

- Radiografie endorali/panoramica Ecografia, TAC, Risonanza
- Esami di laboratorio Lettera con quesito clinico
- Il paziente ha bisogno di assistenza per fissare un hotel convenzionato con il vostro centro