



Riferire un paziente

Dati del paziente

Nome:	<input type="text"/>	Cognome:	<input type="text"/>
Data di nascita:	<input type="text"/>		
Via N.:	<input type="text"/>		
NAP/Luogo:	<input type="text"/>		
Telefono:	<input type="text"/>	Cellulare:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>		

Diagnostica e/o terapia desiderata

<input type="checkbox"/> TAC volumetrica, regione:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Estrazione dente/i:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Resezione apicale, dente/i:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Esportazione cisti, regione:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Patologia mucosa orale	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Rigenerazione ossea, regione:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Posa impianto/i:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Copertura di recessioni:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Rigenerazione tessuti molli:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Riabilitazione protesica:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="text"/>



Dr. Kraus
Studio dentistico
polispecialistico

Dr. med. dent. Riccardo Kraus
Specialista in chirurgia orale (SSO/SSOS)
Specialista in odontoiatria ricostruttiva (SSO/SSRD)

T +41 (0) 91 922 63 22
info@drkraus.ch

Ulteriori indicazioni cliniche / organizzative

Dentista curante:

Timbro dello studio:

Luogo e data:

Firma: