



Rue de Lausanne 42
1950 Sion - Sitten
Tél. 027 327 33 20
Fax 027 327 33 27
E-Mail admin@assval.ch
www.soins-dentaires-jeunesse.ch

DEMANDE POUR TRAITEMENT ORTHODONTIQUE SUBVENTIONNÉ

Nom du praticien :

N° SDJ : **GLN du praticien** :

Patient :

Date de naissance : **N° AVS** :

Représentant légal : **Langue (F/D)** :

Adresse :

N° de commune :

Tél. : **E-mail** :

N° de subvention :

CONSTATATIONS CONCERNANT LE PATIENT

Hygiène buccale : bonne moyenne mauvaise

Disposition à la carie : minime moyenne importante

Etat de la denture : traitement en cours en ordre négligée

Habitudes vicieuses : mordillement des lèvres succion digitale autres

Diagnostic :

.....

Correspond à la liste des anomalies n° : **Surplomb en mm** :

But thérapeutique :

.....

PLAN DE TRAITEMENT ET APPAREILLAGE

N°	Mesures	Appareils
1		
2		
3		
4		
5		

Remarques :

.....

Date :

Sceau du médecin-dentiste : **Signature** :

DÉCISION DE LA COMMISSION DE CONTROLE ET DE SURVEILLANCE DES TRAITEMENTS DENTAIRES SUBVENTIONNES, conformément aux instructions SDJ aux médecins-dentistes concernant les soins orthodontiques subventionnés

Traitement subventionné **accordé**

Traitement subventionné **non accordé** :

.....

.....

Signature : présidente de la Commission de contrôle

Date :

.....