Imprimer le formulaire

Effacer le formulaire

Association valaisanne pour la prophylaxie et les soins dentaires à la jeunesse
1950 SION
027 327 33 20 - Rue de Lausanne 42

DEMANDE POUR TRAITEMENT ORTHODONTIQUE SUBVENTIONNÉ

N° COMMUNE ____ Commune de domicile du patient: _____

N° MÉDECIN ____ Nom du médecin-dentiste: _____

NOM, PRÉNOM: _____ Année de naissance: _____

Nom, prénom du représentant légal: _____

Pat. N°

Adresse: _____

N° postal - Lieu: _____

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	Date
1			
2			
3			
4			

Remarques: _____

Sceau du médecin-dentiste: _____ Date: _____

Signature: _____

Décision du médecin-dentiste de confiance:

Traitement subventionné **accordé** ☐

Sous réserve d'une décision contraire de la commission de surveillance lors d'un éventuel contrôle des indications figurant ci-dessus.

Traitement subventionné **non accordé:** _____

Date: _____ Signature du médecin-dentiste de confiance: _____