

# Studiodontistico cardarelli

Dr. Ian Paul Cardarelli  
Medico Chirurgo Odontoiatra

Cognome.....Nome.....

Luogo e data di nascita.....

Codice Fiscale.....

Indirizzo.....Comune.....CAP.....

Tel. Abit. ....Tel. Uff. ....Cell.....

E.mail.....

Professione.....Inviato da.....

**PIANO DI CURA**  
PRESTAZIONE SU SINGOLO DENTE

<b>8</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	
<b>8</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	

Annotazioni – diario clinico