Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения России Название учреждения		Медицинская документация Форма № 043/у Утв.Минздравом ССР 04.10.80 №1030

Медицинская карта стоматологического больного

№_____ 20____г.

Фамилия, Имя, Отчество _____

Пол (м., ж.) _____ Возраст _____ Адрес _____

Профессия _____ Диагноз _____

Жалобы _____

Развитие настоящего заболевания _____

_____

Лечение ребенка осуществляется с согласия родителей _____ подпись пациента

Перенесенные и сопутствующие заболевания:

Гепатит _____ Туберкулез _____

СПИД _____ Вен. заболевания _____

Аллергия на лекарственные вещества _____

Аллергия на другие вещества _____

Состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков, неба _____

_____ Хар-ка зубных рядов, прикуса _____

_____ Осмотр полости рта. Состояние зубов.

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Условные обозначения: отсутствует – 0, корень – R, кариес – С, пульпит – Р, периодонтит – Pt, пломбированный – П, пародонтоз – А, подвижность – 1, 11, 111 (степень), коронка – К, искусственный зуб – И.

Данные рентгеновских и лабораторных исследований _____

_____

Жалобы пациента _____

_____

Данные объективного исследования. Внешний осмотр: _____

_____

Диагноз _____

_____

Развитие настоящего заболевания _____

_____

План обследования _____

_____

План лечения _____

_____

Консультация _____

_____

«После обследования, беседы с врачом мне понятен план, объем лечения, необходимости возможного дополнительного обследования, сроки лечения и возможные осложнения. Я получил ответы на все мои вопросы и доверяю квалификации врача. На лечение согласен.»

«____» _____ 20 ____ г.

Подпись пациента _____ Подпись врача _____