

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения РФ		Медицинская документация Форма № 043 / у утв. Минздравом СССР 04.10.80. № 1030
Название учреждения		

Медицинская карта стоматологического больного

№ _____ г.

Фамилия, имя, отчество _____

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

Профессия _____ Диагноз _____

Жалобы _____

Перенесенные и сопутствующие заболевания _____

Развитие настоящего заболевания _____

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ. Внешний осмотр_____

Осмотр полости рта. Состояние зубов																				
Условные обозначения: отсутствует - О, корень - ,																				
Кариес - С, пульпит - Р, периодонтит - , пломбированные - П, Парадонтоз - А, подвижность - I, II, III (степень), коронка - К, иск. зуб. - И	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8				

Прикус_____

Состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков неба_____

ДАННЫЕ РЕНТГЕНОВСКИХ, ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ _____

УВАЖАЕМЫЙ ПАЦИЕНТ!

На процесс лечения у стоматолога могут оказать влияние общие заболевания, поэтому просим Вас внимательно заполнить эту анкету.

Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами в анкете, будут использованы только для подбора лечения с учетом Вашего здоровья и не будут доступны посторонним лицам.

АНКЕТА

(заполняется пациентом)

О своём состоянии здоровья сообщаю следующее:

Последнее посещение врача стоматолога:

(указать месяц и год)

Да Нет

1. Аллергия (лекарственная, пищевая, другие
Симптомы _____

☐ ☐

Чем купируется приступ _____

2. Страдаете ли Вы заболеваниями:

-сердца (стенокардия, сердцебиение, одышка) ☐ ☐
-почек..... ☐ ☐
-печени..... ☐ ☐
-желудочно-кишечного тракта..... ☐ ☐
-лёгких (бронхиальная астма)..... ☐ ☐

3. Страдаете ли Вы:

- повышенным артериальным давлением..... ☐ ☐
- пониженным артериальным давлением..... ☐ ☐

4. Бывают ли у Вас припадки, обмороки..... ☐ ☐

5. Головокружение..... ☐ ☐
6. Длительные кровотечения после порезов..... ☐ ☐
7. Диабет..... ☐ ☐
8. Беременность..... ☐ ☐
9. Принимаемые лекарства (указать)..... ☐ ☐
10. Были ли у Вас травмы головы..... ☐ ☐
11. Перенесенный гепатит..... ☐ ☐
12. СПИД, венерические заболевания..... ☐ ☐
13. Периодически возникающие язвы полости рта, герпес.. ☐ ☐
14. Бруксизм (ночное скрежетание зубов)..... ☐ ☐
15. Заболевания гайморовых пазух..... ☐ ☐
16. Употребляете ли Вы наркотики..... ☐ ☐
17. Курите ли Вы..... ☐ ☐
18. _____

19. _____
Я искренне ответил (а) на все пункты анкеты, хочу дополнительно сообщить о состоянии своего здоровья следующее:

Мне известно, что только в случае обязательных профилактических осмотров (1 раз в 6 месяцев) можно рассчитывать на определенный срок результатов лечения, протезирования.

Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов до начала приема стоматолога, должен (на) сообщить врачу об этом.

« _ » _____ 20__ года

Подпись клиента _____

Лист
учета дозовых нагрузок при рентгеновских исследованиях

[illegible]

ф. № 043 / у

[illegible]

ф. № 043 / у

[illegible]

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ	ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ	КОНСУЛЬТАЦИИ

www.genlayn.ru