

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я

ПП «СЦ «Металокераміка»

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма

Код за СДРПОУ

--	--	--	--	--	--	--	--

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

14 лютого 2012 року № 110

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації

№ 043/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України

								№				
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

МЕДИЧНА КАРТА СТОМАТОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО № _____ р.

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Стать: чол. 1, жін. 2 (підкреслити) Дати народження: рік _____ місяць _____ число _____

Адреса, тел. _____

Діагноз _____

Скарги _____

Перенесені та супутні захворювання _____

Розвиток теперішнього захворювання _____

Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів: _____

Дата оглядів	8	7	6	5(√)	4(√)	3(III)	2(II)	1(I)	1(I)	2(II)	3(III)	4(√)	5(√)	6	7	8

Умовні позначення

C-карієс, P-пульпіт, Pt- періодонтит, Lp- локалізований пародонтит, Gr-генералізований пародонтит, R-корінь, A-відсутній, Cd-корона, PІ-пломба, F- фасетка, аг - штучний зуб, г - реставрація, Н- гемісекція, Ам-ампутація, ges-резекція, ріп- штифт, і- імплантація, Рр- реплантація, Дс-зубний камінь.

Щоденник лікаря

Дата	Анамнез, статус, діагноз, лікування, рекомендації
	ЕПІКРИЗ

Лікар _____

Зав. відділенням _____

[illegible]