

6. Документ, удостоверяющий личность: *наименование:* _____

серия: _____ *номер:* _____ *дата выдачи:* _____

кем выдан: _____

7. Страховая организация: _____

8. Полис: ОМС: *серия* _____ *№* _____

ДМС: *серия* _____ *№* _____

9. Код категории льготы: _____

10. К кому обращаться в случае необходимости:

Ф.И.О.: _____

Телефон: _____

11. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств:

ПОЛУЧЕНО (да, нет): _____

Дата: _____ г.

12. Жалобы: _____

13. Аллергологический анамнез: _____

14. Перенесённые и сопутствующие заболевания: _____

15. Принимаемые лекарственные препараты: _____

16. Термометрия (по показаниям): _____

17. Тонometрия, ЧСС (по показаниям): _____

18. Развитие настоящего заболевания: _____

19. Внешний осмотр: _____

20. Осмотр преддверия и полости рта: _____

21. Зубная формула:

Состояние зубов:

- К - кариес;
- П - пульпит;
- Пт - периодонтит;
- Д - дефект;
- Пл - пломба;
- ИК - искусственная коронка;
- ИЗ - искусственный зуб;
- В - вкладка;
- И - имплантат;
- КЗ - корень зуба;
- О - отсутствующий зуб.

Подвижность:
Степень - I, II, III.

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

22. Прикус: _____

23. Индекс гигиены: _____

24. Индекс КПУ: _____

25. Предварительный диагноз: _____

Код МКБ-10: _____

26. План обследования: _____

27. Данные обследования: _____

28. Клинический диагноз: _____

_____ **Код МКБ-10:** _____

29. План лечения: _____

