Наименование медицинской организации: _____

Адрес: _____

ОГРН: | | | | | | | | | | | | | |

Код формы по ОКУД _____
Код организации по ОКПО _____

Медицинская документация
Учётная форма №_____
Утверждена приказом Минздрава России
от _____г. № _____

Особые отметки

Медицинская карта стоматологического пациента

№ _____ *Дата заполнения:* _____ *число* _____ *месяц* _____ *год*

1. Фамилия Имя Отчество: _____ *Пол:* **М** ☐ **Ж** ☐

Дата рождения: _____ *число* _____ *месяц* _____ *год*

СНИЛС: ☐☐☐ - ☐☐☐ - ☐☐☐ ☐☐

2. Адрес регистрации: *субъект РФ, район:* _____

населённый пункт: _____ *улица:* _____

_____ *дом:* _____ *корп.:* ____ *кв.:* _____

3. Фактический адрес места жительства: *субъект РФ, район:* _____

населённый пункт: _____ *улица:* _____

_____ *дом:* _____ *корп.:* ____ *кв.:* _____

4. Телефон: _____

5. Электронная почта: _____

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. Тонометрия, 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:

30. Протокол лечения: