Образец Медицинская карта стоматологического больного
на сайте https://cityblank.ru
Типография Сити Бланк https://cityblank.ru. Журналы и бланки |
Удостоверения | Знаки и наклейки | Стенды

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения России		**Медицинская документация** **Форма № 043/у** **Утв. Минздравом СССР 04.10.80** **№ 1030**
Название учреждения: **Стоматологическая клиника**		

Медицинская карта стоматологического больного
№ _____ 20 ___ г.

Фамилия, имя, отчество

Пол (м., ж) Адрес Возраст

Профессия Диагноз

Жалобы

Перенесенные и сопутствующие заболевания

Развитие настоящего заболевания

ДАТА

ДНЕВНИК
АНАМНЕЗ, СТАТУС, ДИАГНОЗ И ЛЕЧЕНИЕ
ПРИ ОБРАЩЕНИИ С ПОВТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Фамилия лечащего врача

ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ № _____

А. (Договор обследования) « ___» _____ 20 ___ г.
Мы, нижеподписавшиеся, _____, именуемая в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, в лице Генерального директора _____, действующего на основании Устава, лицензии № _____ на оказание медицинских услуг и Постановление правительства РФ от 13 января 1996 г. № 27 с другой стороны и _____ _____, именуемый в дальнейшем ЗАКАЗЧИК, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:
1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется поручить врачу_____/Ф.И.О. врача/
1.1. Осуществлять в оговоренное с ЗАКАЗЧИКОМ время собеседование и осмотр ЗАКАЗЧИКА для установления предварительного диагноза, объема необходимого лечения и о результатах обследования исчерпывающе проинформировать Заказчика, отразив предварительный диагноз и план лечения в амбулаторной карте Заказчика. В амбулаторной карте ЗАКАЗЧИК делает письменную отметку об ознакомлении с предварительным диагнозом, планом лечения и возможными осложнениями.
2.1. ЗАКАЗЧИК обязуется оплатить стоимость действия, предусмотренных п. 1.1. настоящего договора по расценкам прейскуранта, с которым ЗАКАЗЧИК предварительно ознакомился.
2.2. ЗАКАЗЧИК соглашается с тем, что при предварительном осмотре может возникнуть необходимость проведения дополнительных (специализированных) методов обследования, путём проведения рентгенографических и других необходимых диагностических мероприятий, которые осуществляются ИСПОЛНИТЕЛЕМ за отдельную плату. При отсутствии соответствующих технических возможностей у ИСПОЛНИТЕЛЯ, ИСПОЛНИТЕЛЬ оставляет за собой право направить заказчика в иную специализированную медицинскую организацию.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Заказчик _____
Ф.И.О. Пациента _____

Б. (Договор лечения) « ___» _____ 20 ___ г.
Мы, нижеподписавшиеся, _____, именуемая в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, в лице Генерального директора _____, действующего на основании Устава, лицензии № _____ на оказание медицинских услуг и Постановление правительства РФ от 13 января 1996 г. № 27 с другой стороны и _____ _____, именуемый в дальнейшем ЗАКАЗЧИК, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:
1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:
1.1. В соответствии с предварительным диагнозом и планом лечения, внёсенными в амбулаторную карту ЗАКАЗЧИКА (п.1.1. договора № __/А от ___ 20 _ г.
1.2. Врачом _____/Ф.И.О. врача/, который обязан обеспечить качественные и наиболее безболезненные методы лечения в соответствии с медицинскими показаниями, с применением, в случае необходимости обезболивающих средств. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения.
1.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе назначить другого врача для проведения лечения.
2. ЗАКАЗЧИК обязуется:
2.1. Выполнять все указания лечащего врача и медицинского персонала.
2.2. Являться на лечение в установленное время, согласованное с врачом.
2.3. Соблюдать гигиену полости рта и являться на назначенные медицинские проверки.
2.4. Производить оплату медицинских услуг по расценкам прейскуранта, с которыми ЗАКАЗЧИК ознакомился перед заключением настоящего договора.
3. ЗАКАЗЧИК соглашается с тем, что специальные виды лечения будут осуществляться соответствующими специалистами ИСПОЛНИТЕЛЯ.

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 своем здоровье сообщаю следующее:

Последнее посещение врача стоматолога

(Указать месяц и год)

1. Аллергия (лекарственная, пищевая, другие) ☐ ☐

Симптомы_____

_____

Чем купируется приступ_____

_____

2. Группа крови_____ Резус-фактор_____

3. Страдаете ли Вы заболеваниями:

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

4. Страдаете ли Вы:

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

5. Бывают ли у Вас припадки, обмороки, 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 зубами)..... ___ ___
15. Заболевание 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 пациента _____

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР _____

_____

ДНЕВНИК

ДАТА АНАМНЕЗ, СТАТУС, ДИАГНОЗ ЛЕЧЕНИЕ Фамилия лечащего врача

_____

ПРИ ОБРАЩЕНИИ С ПОВТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Осмотр полости рта. Состояние зубов

Условные обозначения: отсутствует – О, корень - ,

Кариес – С, пульпит – Р, периодонтит - , пломбированный – 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 и неба _____

_____

_____

ДАННЫЕ РЕНТГЕНОВСКИХ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ДАТА	ДНЕВНИК АНАМНЕЗ, СТАТУС, ДИАГНОЗ И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОБРАЩЕНИИ С ПОВТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	Фамилия лечащего врача

ДАТА	ДНЕВНИК АНАМНЕЗ, СТАТУС, ДИАГНОЗ И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОБРАЩЕНИИ С ПОВТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	Фамилия лечащего врача

ДАТА	ДНЕВНИК АНАМНЕЗ, СТАТУС, ДИАГНОЗ И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОБРАЩЕНИИ С ПОВТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	Фамилия лечащего врача

Типография Сити Бланк™ | https://cityblank.ru | Все права защищены

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ	ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ	КОНСУЛЬТАЦИИ

1. С планом обследования и лечения ознакомлен _____

2. С планом обследования и лечения согласен _____

Сити Бланк