

Zetęcznie nr 1
do programu

.....
(nazwisko i imię dziecka)

.....
klasa

1. WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM *

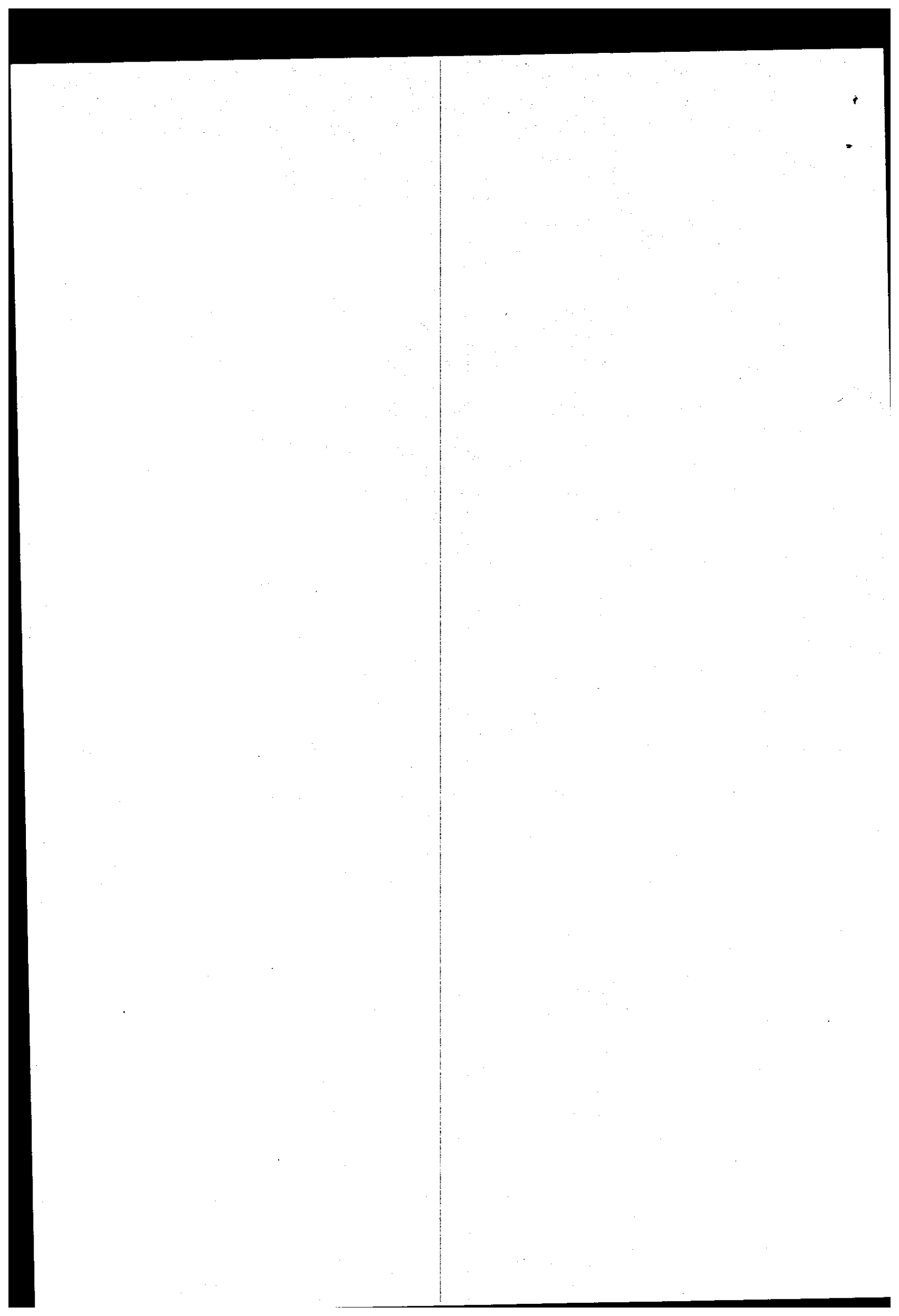
Na leczenie w szkolnym gabinecie stomatologicznym.

2. WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM *

Na znieczulenie na prośbę pacjenta

** właściwe podkreślić*

.....
czytelny podpis rodzica



KARTA CHOROBY PORADNI STOMATOLOGICZNEJ

*Załącznik nr 2
do programu*

Nr karty
Data zarej.
Nr dokumentu upraw.
do świadczeń

(pieczęćka poradni)

Nr identyfikacyjny REGON

Nazwisko		Imię/imiona		Płeć M. K.*																					
Data urodzenia		Adres																							
PESEL <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																									
Miejsce pracy		Zawód wykonywany																							
<input type="checkbox"/> Ubezpieczony *		<input type="checkbox"/> Nieubezpieczony *		Symbol grupy produkcji i usług <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 50px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>																					

Stan jamy ustnej

Błona śluzowa

Przyzębie

Higiena

Informacje uzupełniające (dot. stanu szkłwa, zaburzeń

ortodont. i inne)

8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8

V IV III II I		I II III IV V
V IV III II I		I II III IV V

Znakowanie zębów

- | | |
|----------------------------|---------------------------------|
| o - ząb niewyrżnięty | c - próchnica |
| -- brak zęba | v - ząb tub korzeń do usunięcia |
| k - korona protetycz. | w - wypełnienie |
| -- kamień lub osad nazębny | |

Podczas leczenia na diagramie nie wolno dokonywać żadnych zmian. jeżeli pacjent zgłasza się po przerwie i stwierdzono nowe ubytki, należy wypełnić nowy diagram zębowy.
Pieczęćkę diagramu zębowego należy przyłożyć w rubrykach stanowiących dalszy ciąg leczenia.

* Właściwa podkreślić.

(pieczęćka poradni)

MZ/St-1 Wydawnictwa Akcydensowe S.A., 01-225 Warszawa, ul. Bema 60a, tel. 22 632 20 04, www.wa.com.pl, handel@wa.com.pl

Data	Ząb	Rozpoznanie	Zabiegi, leki, zlecenia, skierowania do poradni specjalistycznych; niezdolność do pracy *	Podpis lekarza
1	2	3	4	5

* W przypadku stwierdzenia niezdolności do pracy należy podać w rubr. 3 dokładne objawy choroby, wyniki badań fizykalnych i badań dodatkowych.

Pisemne oświadczenie pacjenta:

1. Upoważniam następujące osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby oraz do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych mi świadczeniach:

Adres: tel.:

- 2. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań lub innych świadczeń zdrowotnych.
- 3. Zostałam / zostałem poinformowany o możliwości zapoznania się z Kartą Praw Pacjenta.

Data złożenia oświadczenia podpis pacjenta