

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА**  
**стоматологического больного**

АА  
ОНКО  
ВВ

№ 00006109 \_\_\_\_\_ 2018 г. \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество 01 Пациент \_\_\_\_\_

Пол (М/Ж) \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Профессия \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_

Жалобы \_\_\_\_\_

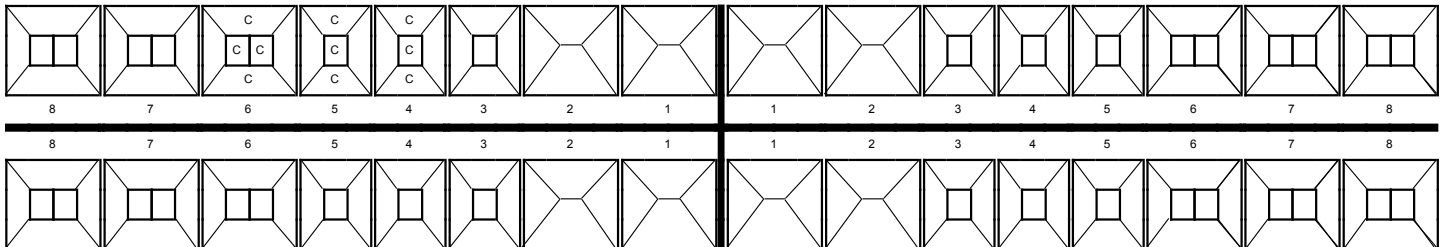
Перенесены и сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

Развитие настоящего заболевания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Данные объективного исследования, внешний осмотр \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Правая сторона

Левая сторона

S-Кариес, P-Пульпит, PT-Периодонтит, R-Корень, ПС-Пломба кариес, D-Дефект пломбы, 1-Подвижность 1ст., 2-Подвижность 2ст., 3-Подвижность 3ст., 4-Подвижность 4ст., П-Пломба, О-Отсутствует, К-Коронка, ВК-Вкладка культивевая, КВК-Коронка+Культивевая Вкладка, МП-Мостовидный протез, Л-Литой зуб, Ф-Фасетка, ЧСП-Частичный съемный протез, ПСП-Полный съемный протез, КЛ-Кламмер

Прикус \_\_\_\_\_

Состояние слизистой оболочки рта, десен, альвеолярных отростков неба \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Данные рентгеновских лабораторных исследований \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Информация о диагнозе, плане лечения и протезирования, возможных осложнениях и другая интересующая меня информация получена в полном объеме и мной понята**  
даю согласие \_\_\_\_\_  
подпись пациента