”

Пациент

ЕГН (ЛНЧ) на пациента | РЗОК No. | здравен район

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

☐ ОСН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) | код на държава

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр. (с.)..... ☐

населено място

Ул. ..... No. .....

Ж.к. ..... бл. ..... вх. ..... ет. ..... ап. .....

Лекар по дентална медицина

регистрационен номер на лечебното заведение

код на ПИДУСИДП | ЛПК на лекаря по дентална медицина

(ЛПК на заместващия лекар по дентална медицина)

.....

.....

име и фамилия на лекаря по дентална медицина

АМБУЛАТОРЕН ЛИСТ No. ☐☐☐☐☐☐ No. ЗОК ☐☐☐☐☐☐☐☐

(номер на здравноосигурителното книжче)

АЛЕРГИЯ! .....

Минали заболявания:

.....

.....

Настоящи заболявания:

.....

.....

ОРАЛЕН СТАТУС НА ПАЦИЕНТА (при снемане на статуса, наличните временни зъби да се отбелязват с кръгче)

ЛЕГЕНДА:

C	кариес
P	пулпит
G	периодонтит
R	корен
O	обтурация
E	липсващ зъб
K	коронка
X	изкуствен зъб
Pa	пародонтит
I, II, III	степен подвижност
F	фрактура
Impl.-	зъбен имплант
Dsn –	свръхброен зъб

				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
A	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	B		
D	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	C		
				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						

Дата	Диагноза	Код зъб		Дейност	Код дейност			Брой манипул. (само за под 901 и 902)

☐ **експертиза на работоспособността**

☐ **болничен лист No.** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐ **дни** **МКБ** ☐☐☐.☐☐

от ..... **до** ..... ☐ **първичен** ☐ **продължаване**

Издадени медицински направления ☐ бл. 3 ☐ бл. 3А ☐ бл. 6 ☐ бл. 7

напр. No ☐☐☐☐☐☐ дата: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ код СИМП/СИДП ☐☐ код ВСД ☐☐.☐☐ МКБ ☐☐☐.☐☐

Издадени направления за МДД и назначени изследвания (МДИ, ВСМДИ)

напр. No ☐☐☐☐☐☐ дата: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐

напр. No ☐☐☐☐☐☐ дата: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ код ☐☐.☐☐ код ☐☐.☐☐

Насочване за лечение към специалист лекар по дентална медицина

код СИДП ☐☐ дата: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

код СИДП ☐☐ и ☐☐ дата: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Код на СИДП:

61 детски лекар по дентална медицина

62 орална хирургия

65 Лицево-челюстна хирургия/ Дентална, орална и лицево-челюстна хирургия

Информиран съм за извършените дентални дейности,назначена терапия и очаквани резултати

Пациент (родител, настойник) .....
(подпис)

Декларирам, че ми е поставена горна и/или долна цяла плаков зъбна протеза на дата.....
(подчертава се вярното)

Пациент (настойник) .....
(подпис)

Лекар по дентална медицина.....
(подпис и личен печат)

Бл. МЗ-НЗОК №.2

“