Data	Ząb	Rozpoznanie	Zabiegi, leki, zalecenia i 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.

m.p.

Karta choroby poradni stomatologicznej

Nr karty .....

Data zarejestr. .....

Nr ks. ubezp. .....

Płeć	PESEL
M Ż	

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia ..... Adres .....

Miejsce pracy ..... Zawód wyuczony / wykonywany .....

ubezpieczony*)	nieubezpieczony*)

Symbol grupy produkcji i usług

Stan jamy ustnej

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			

Błona śluzowa .....

Przyzębie .....

Higiena .....

Informacje uzupełniające
(dot. stanu szkliwa, zaburzeń ortodont. i inne) .....

.....

Znakowanie zębów

o - ząb niewyrżnięty
- - brak zęba
k - korona protetyczna
- - kamień lub osad nazębny
v - ząb lub korzeń do usunięcia
w - wypełnienie

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

Ja niżej podpisany / podpisana* oświadczam, że: upoważniam / nie upoważniam, Pana / Panią* .....
zamieszkałego / zamieszkałą* w .....
do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.*

.....
(data i czytelny podpis pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego)

Ja niżej podpisany / podpisana* oświadczam, że: upoważniam / nie upoważniam, Pana / Panią* .....
zamieszkałego / zamieszkałą* w .....
do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

.....
(data i czytelny podpis pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego)

* Podstawa prawna : §8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697.)

*) zakreślić odpowiednio

Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7:+48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl

Admed® MEDICAL PARTNER

Data	Ząb	Rozpoznanie	Zabiegi, leki, zalecenia i 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.

Data	Ząb	Rozpoznanie	Zabiegi, leki, zalecenia i 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.

Admed® MEDICAL PARTNER