

Данни на пациента

Три имена: _____

Година: _____ Дата на раждане: _____ ЕГН: _____

Адрес: _____

Населено място: _____ Пощенски код: _____ Домашен телефон: _____

Мобилен телефон: _____ Служебен телефон: _____

Електронна поща: _____

История на заболяването

Настоящи оплаквания на пациента (попълва се от лекаря):

Антропометрични показатели (попълва се от лекаря):

Пол: _____ Тегло: _____ Височина: _____

Витални показатели (попълва се от лекаря):

Кръвно налягане: _____ Пулсова честота: _____ Дихателна честота: _____ Температура: _____

Общ статус на пациента (попълва се от лекаря):

Отговорете на следните въпроси с „да“, „не“ или кратък текст.

Видима възраст отговаряща на действителната? Да Не

Ако отговорът е „НЕ“, моля обозначете подробности:

Контактен / контактна? Да Не

Адекватен / адекватна? Да Не

Ориентиран / ориентирана за време и място? Да Не

Фебрилен / фебрилна? Да Не

Заема активна позиция? Да Не

Заема пасивна позиция? Да Не

Заема принудителна позиция? Да Не

Допълнителни бежки:

Екстраорален статус (попълва се от лекаря):

Отговорете на следните въпроси с „да“, „не“ или кратък текст.

Видими лицеви асиметри? Да Не

Ако отговорът е „ДА“, моля обозначете подробности:

Кожа с нормален цвят и тургор? Да Не

Ако отговорът е „НЕ“, моля обозначете подробности:

Видими обривни елементи по кожата? Да Не

Ако отговорът е „ДА“, моля обозначете подробности:

Устни с нормален цвят, тургор и без видими обривни елементи? Да Не

Ако отговорът е „НЕ“, моля обозначете подробности:

Нормално отваряне на устата? Да Не

Ако отговорът е „НЕ”, моля обозначете подробности:

Увеличени регионални лимфни възли?

Да Не

Ако отговорът е „ДА”, моля обозначете подробности:

Допълнителни бежки:

Интраорален стаус (попълва се от лекаря):

Отговорете на следните въпроси с „да”, „не” или кратък текст.

Временно съзъбие?

Да Не

Смесено съзъбие?

Да Не

Постоянно съзъбие?

Да Не

Частично обеззъбен / обеззъбена?

Да Не

Напълно обеззъбен / обеззъбена?

Да Не

Лигавици – с нормален цвят, без видими отоци?

Да Не

Ако отговорът е „НЕ”, моля обозначете подробности:

Видими обривни елементи по лигавицата?

Да Не

Ако отговорът е „ДА”, моля обозначете подробности:

Допълнителни бежки:

Зъбен статус (попълва се от лекаря):

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

ЛЕГЕНДА: С – кариес, Р – пулпит, G – периодонтит, R – корен, O – обтурация, E- липсващ зъб, K – коронка, X – изкуствен зъб, Pa – пародонтит, I – първа степен подвижност, II – втора степен подвижност, III – трета степен подвижност, F – фрактура

Параклинични изследвания и консултации (попълва се от лекаря):

Медикаменти, храни и други, към които пациентът е алергичен (попълва се от лекаря):

Предварителна диагноза (попълва се от лекаря):

Име и фамилия на лекаря: _____

Дата: _____ Подпис и печат: _____