

H514.027 (2/2024)

СПІВЩИНА ПЕНСИЛЬВАНІЯ  
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'ЯЗВІТ ПРИВАТНОГО СТОМАТОЛОГА  
СТОМАТОЛОГІЧНОГО ОГЛЯДУ/СКРИНІНГУ УЧНЯ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

НАЗВА ШКОЛИ \_\_\_\_\_ ДАТА \_\_\_\_\_ 20\_\_

ІМ'Я СТУДЕНТА _____			ДАТА НАРОДЖЕННЯ	СЕКЦІЯ/КІМ	НАТА КЛАСУ
Останній	Перший	Середній			

АДРЕСА \_\_\_\_\_

№ та вулиця \_\_\_\_\_ Місто або поштове відділення \_\_\_\_\_ Район/селище \_\_\_\_\_ Округ \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_

## ЗВІТ ПРО ОБСТЕЖЕННЯ/СКРИНІНГ

		ТАБЛИЦЯ ЗУБІВ																
		ПРАВОРУЧ								ЛІВОРУЧ								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
		А	В	С	Д	Е	Ф	Г	Н	я	д	к	л	ж	ч	ш	щ	Верхній
		32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	Нижня
		Т	С	Р	П	О	Пн.	М	Л	К.								Верхній
ІСПИТ	ВЕРХНЯ																	Верхній
	НИЖНЯ																	Нижня

Неповний каріс: \_\_\_\_\_ Ні Так \_\_\_\_\_

Дікований каріс: \_\_\_\_\_ Ні Так \_\_\_\_\_

Герметики на постійних молярах: Ні \_\_\_\_\_ Так \_\_\_\_\_

Терминовість лікування: \_\_\_\_\_ Рано \_\_\_\_\_ Терминово \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Підпис стоматолога \_\_\_\_\_

Назва стоматологічного працівника друківаними літерами \_\_\_\_\_

Адреса стоматологічного працівника \_\_\_\_\_