

H514.027 (2/2024)

СОДРУЖЕСТВО ПЕНСИЛЬВАНИИ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**ОТЧЕТ ЧАСТНОГО СТОМАТОЛОГА**

Осмотр/обследование учащегося школьного возраста

НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ \_\_\_\_\_ ДАТА \_\_\_\_\_ 20\_\_

ИМЯ СТУДЕНТА _____	ДАТА	КЛАССИЧЕСКИЙ УЧАСТОК/КОМНАТА
	РОЖДЕНИЕ	
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

АДРЕС \_\_\_\_\_

№ и улица \_\_\_\_\_ Городское или почтовое отделение \_\_\_\_\_ Район/Поселок \_\_\_\_\_ Графство \_\_\_\_\_ Состояние \_\_\_\_\_

**ОТЧЕТ ОБ ОБСЛЕДОВАНИИ/СКРИНИНГЕ**

		ЗУБНАЯ КАРТА																
		ПРАВО 2								ЛЕВЫЙ								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
		А	В	С	Д	Е	Ф	Г	ЧАС	Я	Щ	Ж	З	И	К	Л	М	
ВЕРХНИЙ																		Верхняя
НИЖЕ																		Нижняя
ЭКЗАМЕН	ВЕРХНИЙ																	Верхняя
	НИЖЕ																	Нижняя

Нелеченный кариес: \_\_\_\_\_ Нет Да \_\_\_\_\_

Лечение кариеса: \_\_\_\_\_ Нет Да \_\_\_\_\_

Герметики на постоянных молярах Нет \_\_\_\_\_ Да \_\_\_\_\_

Срочность лечения: \_\_\_\_\_ Никто рано \_\_\_\_\_ Срочный \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись врача-стоматолога \_\_\_\_\_ Укажите название стоматологической клиники (печатными буквами).

Адрес стоматологической клиники \_\_\_\_\_