

План диагностики и лечения

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

- | | |
|--|---|
| <p>1. Гигиенические и профилактические мероприятия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> снятие зубных отложений <input type="checkbox"/> профессиональная гигиена рта <input type="checkbox"/> обучение чистки зубов <input type="checkbox"/> нанесение на зубы фторосодержащих препаратов <input type="checkbox"/> прочее... <p>2. Терапевтические мероприятия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> некариозные поражения <input type="checkbox"/> лечение кариеса зубов <input type="checkbox"/> эндодонтическое лечение зубов <input type="checkbox"/> профессиональное отбеливание <input type="checkbox"/> прочее... <p>3. Пародонтологическое лечение:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> лечение пародонтита, гингивита, пародонтоза <input type="checkbox"/> лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта <input type="checkbox"/> вскрытие пародонтального абсцесса <input type="checkbox"/> прочее... <p>4. Хирургические мероприятия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> удаление зуба простое <input type="checkbox"/> удаление зуба сложное <input type="checkbox"/> удаление экзостозов <input type="checkbox"/> зубосохраняющие операции <input type="checkbox"/> коррекция альвеолярного отростка <input type="checkbox"/> операция имплантации <input type="checkbox"/> лечение заболеваний пародонта <input type="checkbox"/> корригирующие операции <input type="checkbox"/> прочее... | <p>5. Ортодонтические мероприятия</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> лечение на съёмной аппаратуре <input type="checkbox"/> лечение брекетами <input type="checkbox"/> лечение каппами <p>6. Ортопедическое лечение</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> изготовление коронок на зубы <input type="checkbox"/> изготовление мостовидных протезов с опорами <input type="checkbox"/> изготовление частичных съёмных протезов <input type="checkbox"/> изготовление полных съёмных протезов <input type="checkbox"/> изготовление протезов с опорами на имплантаты <input type="checkbox"/> изготовление виниров <input type="checkbox"/> изготовление вкладки <input type="checkbox"/> прочее <p>7. Рентгенологическое обследование</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ортопантограмма <input type="checkbox"/> прицельные снимки на визиографе <input type="checkbox"/> компьютерная томография <input type="checkbox"/> телерентгенограмма <p>8. Анестезия</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> аппликационная анестезия (лидоксор 10%, гель) <input type="checkbox"/> инфильтрационная анестезия (убистезин, ультракаин, скандонест) <input type="checkbox"/> проводниковая анестезия (убистезин, ультракаин, скандонест) |
|--|---|

Сроки оказания медицинских услуг:

После обследования, беседы с врачом мне понятен план, объём и цели лечения, возможные осложнения на этапах лечения и необходимость возможного дополнительного обследования, возможность изменения сроков лечения и вида ортопедической конструкции, дополнительной оплаты.

Я получил (а) ответы на все мои вопросы и доверяю квалификации врача.

На первичном консультативном приеме я сообщил специалисту ГБУЗ «ДСП № 44 ДЗМ» всю известную мне информацию об особенностях и текущем состоянии своего здоровья, об известных мне аллергических и иных видах непереносимости медицинских препаратов.

Подпись пациента: _____
 ФИО _____
 «_____» _____ 20__ г.

Подпись врача: _____
 ФИО _____
 «_____» _____ 20__ г.