

ОБРАЗЕЦ ЗА КОНТРОЛЕН ПРЕГЛЕД НА УСТАТА И ЗАБИТЕ СО УТВРДУВАЊЕ НА ОРАЛНО ХИГИЕНСКИОТ СТАТУС

Име и презиме на пациентот: _____

Матичен број на осигуреникот (ЕМБГ) _____

Број на картон _____

Статус на трајна дентиција															
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
Статус на млечна дентиција															
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Означување:

- К-Кариес
- П-Пломба
- Е-Екстракција

Активностите за оваа цел се спроведуваат кај на 15% од осигурени лица на годишно ниво (најмалку 3.75% од осигурените лица на секое тримесечје) со неможност да се реализира целта кај ист пациент наредните 4 години и носи 3% од надоместокот за целите.

Потпис на пациентот односно родителот/старателот (своерачно)

Место и датум на прегледот

Потпис и факсимил на избран лекар

Напомена: Податоците на овој образец се заштитени согласно законските прописи.