فرم ارجاع دندانپزشکی

شهرستان

نام مرکز بهداشتی درمانی

خانه بهداشت / پایگاه بهداشتی

شماره ردیف

شماره دفترچه بیمه

تاریخ مراجعه: ..... تاریخ ارجاع: .....

جنس / کلی: ..... تاریخ تولد: ..... جهت معاینه تکمیلی ☐ معاینه پیوستگی

دندان ☐ جرمگیری ☐ فلوراید تراپی ☐ سوابق می‌گردد خواهشمند است جنبه را به این نقطه بهداشت اعلام فرمائید.

نام و امضاء ارجاع دهنده:

مهر:

خدمات انجام شده (نتیجه ارجاع دندانپزشکی)

نام مرکز بهداشتی درمانی

خانه بهداشت / پایگاه بهداشتی

تاریخ: / /

شماره ردیف

شماره دفترچه بیمه

جنس / کلی: ..... دوره معاینه دهان و دندان توان گرفته و خدمات ذیل ارائه گردید:

آموزش بهداشت دهان و دندان ☐ تکمیل شدن ——|——

جرمگیری ☐ ارجاع به متخصص ☐

فلوراید تراپی ☐

فشار سیمانت دندان ——|——

ترمیم دندان ——|——

توصیه‌های لازم:

مهر مرکز بهداشتی درمانی **مهر و امضاء دندانپزشک**

پیوست ۲

فرم گزارش خدمات دهان و دندان در برنامه پزشک خانواده

نام شهرستان: ..... نام مرکز بهداشتی درمانی: ..... خانه بهداشت / پایگاه بهداشت: ..... سال: .....

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی	سن	شماره دفترچه بیمه	معاینه دهان	اقدام ارائه شده
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						
۱۱						
۱۲						
۱۳						
۱۴						
۱۵						
۱۶						
۱۷						
۱۸						
۱۹						
۲۰						
۲۱						
۲۲						
۲۳						
۲۴						

در وجه مذکوره‌ای فعال است فرم:

تاریخ تکمیل: ..... خانه بهداشت / پایگاه بهداشتی

پیوست ۱