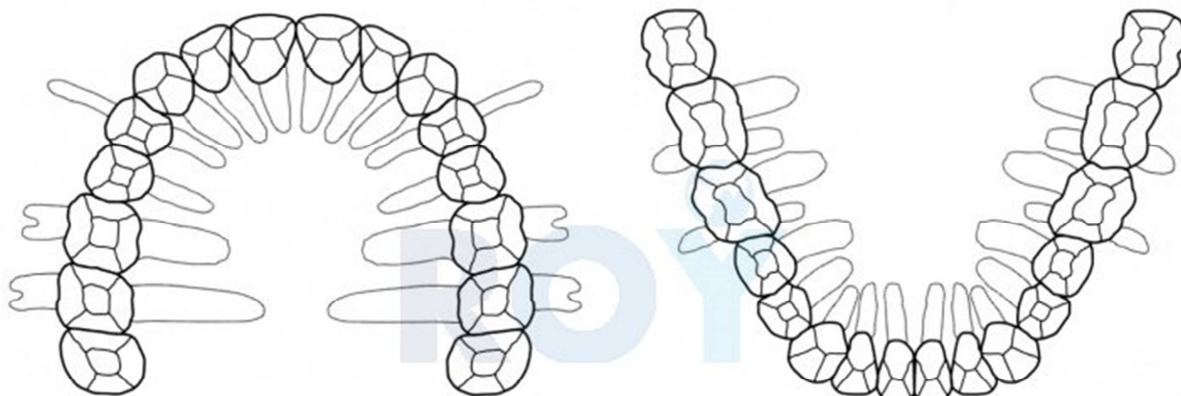


BADANIE STOMATOLOGICZNE

Zewnątrzustne w normie TAK/NIE

Odchylenia od normy.....



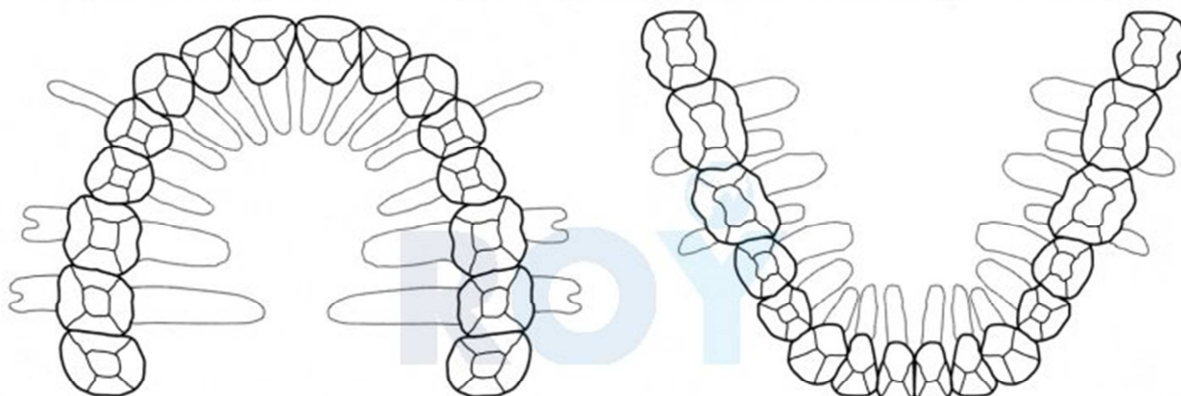
PLAN LECZENIA

.....
.....
.....
.....
.....	RTG

BADANIE STOMATOLOGICZNE

Zewnątrzustne w normie TAK/NIE

Odchylenia od normy.....



PLAN LECZENIA

.....
.....
.....
.....
.....	RTG

lekarz -

Nr karty.....

technik -

.....
Data rejestracji

KARTA STOMATOLOGICZNA

Imię i Nazwisko

Data urodzenia

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres

..... tel.

CHOROBY OGÓLNOUSTROJOWE- TAK/NIE

Alergia Nadciśnienie Cukrzyca Choroby tarczycy Epilepsja

Ciąża Żółtaczka Gruźlica AIDS Choroby serca

PRZYJMOWANE LEKI

NR I SERIA UBEZP.

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Wszystkie zmiany mojej sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić przy najbliższej okazji.

W przypadku, gdy pacjent nie stosuje się do wskazań, zaleceń lekarza, przerywa leczenie lub nie przestrzega terminów wizyt - ponosi odpowiedzialność za wynik leczenia.

Podane przez Państwa informacje są objęte tajemnicą lekarską.

2002

Data i podpis pacjenta

lekarz -

Nr karty.....

technik -

.....
Data rejestracji

KARTA STOMATOLOGICZNA

Imię i Nazwisko

Data urodzenia

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres

..... tel.

CHOROBY OGÓLNOUSTROJOWE- TAK/NIE

Alergia Nadciśnienie Cukrzyca Choroby tarczycy Epilepsja

Ciąża Żółtaczka Gruźlica AIDS Choroby serca

PRZYJMOWANE LEKI

NR I SERIA UBEZP.

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Wszystkie zmiany mojej sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić przy najbliższej okazji.

W przypadku, gdy pacjent nie stosuje się do wskazań, zaleceń lekarza, przerywa leczenie lub nie przestrzega terminów wizyt - ponosi odpowiedzialność za wynik leczenia.

Podane przez Państwa informacje są objęte tajemnicą lekarską.

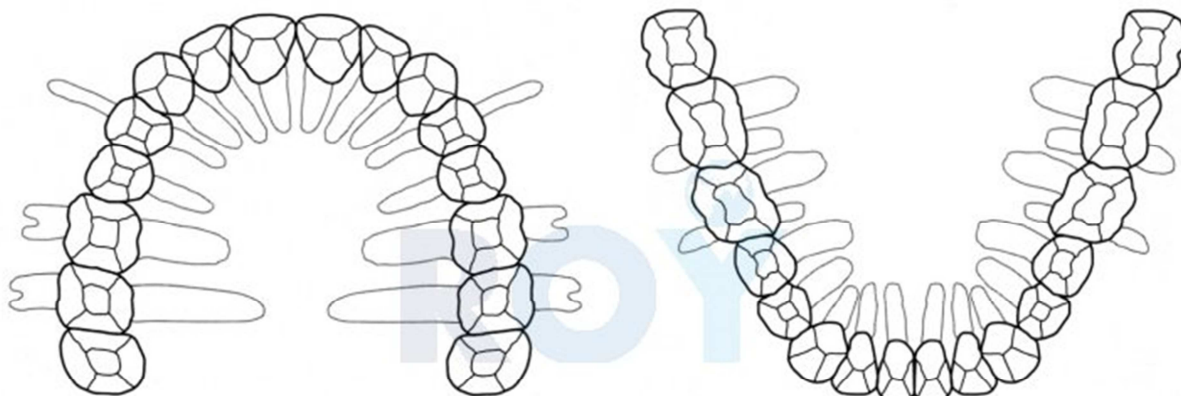
2002

Data i podpis pacjenta

BADANIE STOMATOLOGICZNE

Zewnątrzustne w normie TAK/NIE

Odchylenia od normy.....



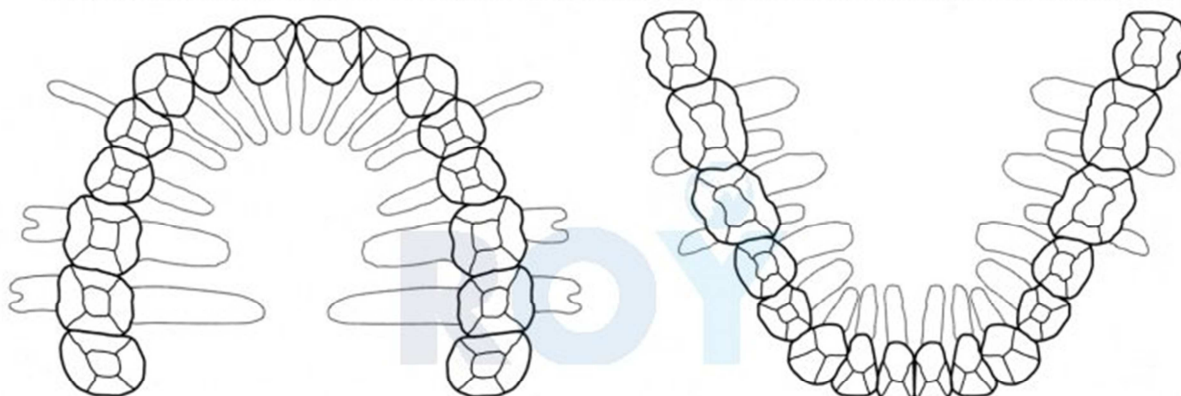
PLAN LECZENIA

.....
.....
.....
.....	RTG

BADANIE STOMATOLOGICZNE

Zewnątrzustne w normie TAK/NIE

Odchylenia od normy.....



PLAN LECZENIA

.....
.....
.....
.....	RTG

lekarz -

Nr karty.....

technik -

.....
Data rejestracji

KARTA STOMATOLOGICZNA

Imię i Nazwisko

Data urodzenia

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres

..... tel.

CHOROBY OGÓLNOUSTROJOWE- TAK/NIE

Alergia Nadciśnienie Cukrzyca Choroby tarczycy Epilepsja

Ciąża Żółtaczka Gruźlica AIDS Choroby serca

PRZYJMOWANE LEKI

NR I SERIA UBEZP.

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Wszystkie zmiany mojej sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić przy najbliższej okazji.

W przypadku, gdy pacjent nie stosuje się do wskazań, zaleceń lekarza, przerywa leczenie lub nie przestrzega terminów wizyt - ponosi odpowiedzialność za wynik leczenia.

Podane przez Państwa informacje są objęte tajemnicą lekarską.

2002

Data i podpis pacjenta

lekarz -

Nr karty.....

technik -

.....
Data rejestracji

KARTA STOMATOLOGICZNA

Imię i Nazwisko

Data urodzenia

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres

..... tel.

CHOROBY OGÓLNOUSTROJOWE- TAK/NIE

Alergia Nadciśnienie Cukrzyca Choroby tarczycy Epilepsja

Ciąża Żółtaczka Gruźlica AIDS Choroby serca

PRZYJMOWANE LEKI

NR I SERIA UBEZP.

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Wszystkie zmiany mojej sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić przy najbliższej okazji.

W przypadku, gdy pacjent nie stosuje się do wskazań, zaleceń lekarza, przerywa leczenie lub nie przestrzega terminów wizyt - ponosi odpowiedzialność za wynik leczenia.

Podane przez Państwa informacje są objęte tajemnicą lekarską.

2002

Data i podpis pacjenta