Клиника стоматологии и косметологии ООО «Смайл Клиник НН»

Ф.И.О. ПАЦИЕНТА

РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ И ПРИМЕРНАЯ* СТОИМОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ

План составлен на основании комплексного обследования пациента (данные и результаты обследования записаны в амбулаторной карте)

Дата составления: Врач Кононов АБ

Планируемые мероприятия (как то: лечение кариеса, лечение каналов зубов,; укрепление зуба штифтом; ревизия каналов зубов; проф.гигиена и снятие зубных отложений; изготовление временной коронки; изготовление металлокерамической коронки; изготовление металлокерамической коронки на имплантате, изготовление моста, бюгеля; имплантация; операция по наращиванию кости или операция по подъему дна костной пазухи). **Приблизительные сроки их проведения.** Нумерация мероприятий в плане соответствует последовательности их осуществления.	**Примерная стоимость, руб.**

Примечания:

План лечения согласован с врачами: _____/ / _____/ /

План лечения мне понятен, выбранный вид ортопедических конструкций врачом разъяснён. С планом лечения согласен (на)

_____ Дата_____

(подпись пациента)

РАСШИФРОВКА ЗУБНОЙ ФОРМУЛЫ

правая сторона

левая сторона

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

* Конечная стоимость лечения и протезирования может быть определена только после окончательного выполнения услуги, т.к. иногда объем лечения в различных клинических ситуациях может расширяться во время их проведения, а при протезировании может потребоваться дополнительное к составленному плану число временных фиксаций и др. ***Конечная стоимость рассчитывается в окончательном плане лечения.***

Клиника стоматологии и косметологии ООО «Смайл Клиник НН»

Ф.И.О. ПАЦИЕНТА_____

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ И ГАРАНТИЯ НА ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ КОНСТРУКЦИИ

Приложение к договору о предоставлении платных медицинских услуг №___ от _____20__г. Составляется в двух экземплярах

План составлен на основании комплексного обследования пациента (данные и результаты обследования записаны в амбулаторной карте)

Дата составления_____ Врач _____

Зуб №		Наименование медицинских услуг, материалов, конструкций	Цена	Кол-во	Сумма, руб.
ИТОГО:					

РАСШИФРОВКА ЗУБНОЙ ФОРМУЛЫ

правая сторона — левая сторона

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

План лечения мне понятен, выбранный вид ортопедических конструкций врачом разъяснён.

С планом лечения согласен (на)_____ Дата _____

подпись пациента

Ортопедические конструкции выданы _____ Дата_____

подпись пациента

План лечения выполнен полностью_____ Дата_____

подпись пациента

Условия предоставления гарантии:

Осмотр лечащего врача-ортопеда 1 раз в 6 месяцев.

Использование нитей Floss или SuperFloss (OralB) для ухода за протезами.

Не заниматься экстремальными видами спорта (восточные единоборства, бокс, горные лыжи и др.)

Исключить из рациона питания пищевые продукты с жесткими компонентами (орехи, ягоды с косточками, мясные продукты с косточками и др.)