ЕВРОПЕЙСКА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА
И ОСИГУРИТЕЛНА КОМПАНИЯ

гр. София 1000, ул. "6-ти септември" № 45, ет. 1, e-mail: info@ehif.eu; тел: 0700 20 520; 02 921 82 85; 02 921 82 87

ДЕНТАЛЕН АМБУЛАТОРЕН ЛИСТ

ЗН № ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН НОМЕР

ЕГН ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

.....
име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр. (с.) .....

Ул.. ..... No. .....

Ж.к..... бл. ..... вх. ..... ет..... ап.....

Лекар по дентална медицина

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
регистрационен номер на лечебното заведение

☐☐ код за ПИДП/СИДП ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ЛПК на лекаря по дентална медицина

.....
име и фамилия на лекаря по дентална медицина

АМБУЛАТОРЕН ЛИСТ No. ☐☐☐☐☐☐ **От Дата:** ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

АЛЕРГИЯ! .....

Минали заболявания:	Настоящи заболявания:
.....	.....
.....	.....
.....	.....

ЗЪБЕН СТАТУС НА ПАЦИЕНТА (при снемане на статуса, наличните временни зъби да се отбелязват с кръгче)

ЛЕГЕНДА:

C	кариес
P	пулпит
G	периодонтит
R	корен
O	обтурация
E	липсващ зъб
K	коронка
X	изкуствен зъб
Pa	парадонтоза
I, II, III	степен подвижност
F	фрактура

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

Дата	Диагноза	Код зъб		Дейност	Код дейност		

Пациент (родител, настойник) .....
(подпис)

Лекар по дентална медицина .....
(подпис и личен печат)