

نام مدرسه: نام و نام خانوادگی دانش آموز: پایه تحصیلی: سال تحصیلی

کد ملی دانش آموز: تاریخ تولد: ملیت: ایرانی ☐ غیر ایرانی ☐

ثبت وضعیت موجود دهان و دندان

*پوسیدگی دندان دارد ☐ *التهاب لثه دارد ☐ *جرم دندانی دارد ☐ *درد دندان/آبسه/عفونت دندانی دارد ☐
*شکستگی دندان دارد ☐ *بیرون افتادگی کامل دندان دارد ☐ *همه دندان ها سالم است ☐ *دندان ها فاقد مشکل است ☐

اقدام به ارائه خدمت وارنیش فلورایدتراپی :

*رضایت نامه دانش آموز دیده شد و خدمت وارنیش فلورایدتراپی انجام شد: نوبت اول ☐ نوبت دوم ☐

* دانش آموز رضایت نامه ندارد و خدمت وارنیش فلورایدتراپی انجام نشد. ☐

دهان و دندان دارای مشکل بوده و نیاز به ارجاع دارد. ☐

پیگیری و تعیین وضعیت دریافت خدمت دندانپزشکی

کامل دریافت کرده است.
کامل دریافت نکرده است.
دریافت نکرده است.

*کودک به همراه والدین به دندانپزشک مراجعه کرده و خدمات دندانپزشکی مورد نیاز را

*به دندانپزشکی مراجعه نکرده است. ☐

توضیحات.....

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: سمت: تاریخ و امضا:

دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان محترم،

با سلام و احترام

دانش آموز به نام: و پایه تحصیلی: از مدرسه: جهت دریافت خدمات دندانپزشکی خدمتان معرفی می گردد. خواهشمند است پس از ارائه خدمات دندانپزشکی مورد نیاز دانش آموز، شرح خدمات جهت ثبت در پرونده سلامت دانش آموز، در جدول زیر وارد شود و این برگه تحویل والدین دانش آموز گردد که آن را به مدرسه تحویل دهند.

نام و نام خانوادگی مدیر مدرسه: امضا: مهر مدرسه:

نام مرکز ارائه خدمات دندانپزشکی	شماره تلفن مرکز ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی	نام و نام خانوادگی دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان	شرح خدمات دندانپزشکی ارائه شده	تاریخ ارائه خدمت دندانپزشکی	مهر و امضا

• در صورت نیاز به فضای بیشتر برای ثبت خدمات دندانپزشکی ارائه شده، لطفاً از پشت صفحه استفاده شود.