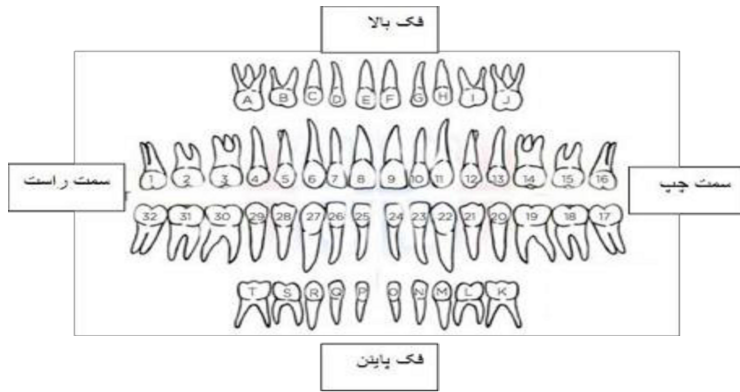


طرح درمان با توجه به شکایت اصلی

شکایت اصلی بیمار (درخواست بیمار) به زبان خود بیمار :

تاریخ :

وضعیت فعلی دندانها :

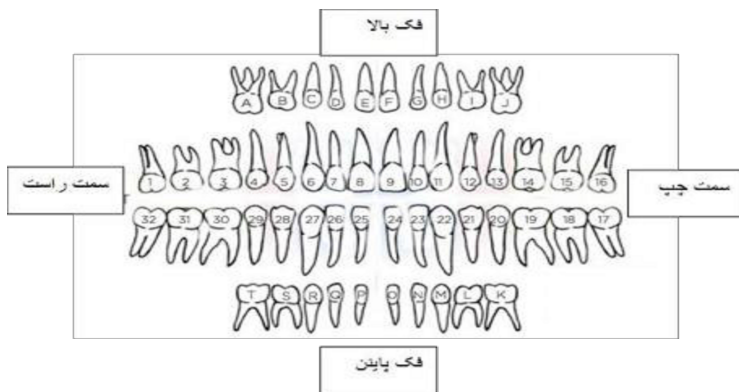


مستندات همراه بیمار :

دندانهای دارای مشکل با دایره قرمز مشخص شوند:

رادیوگرافی درخواستی OPG CBCT PA BW

طرح درمان پیشنهادی (۱) :



- ۱.
- ۲.
- ۳.
- ۴.
- ۵.
- .
- .

مشاوره های لازم :

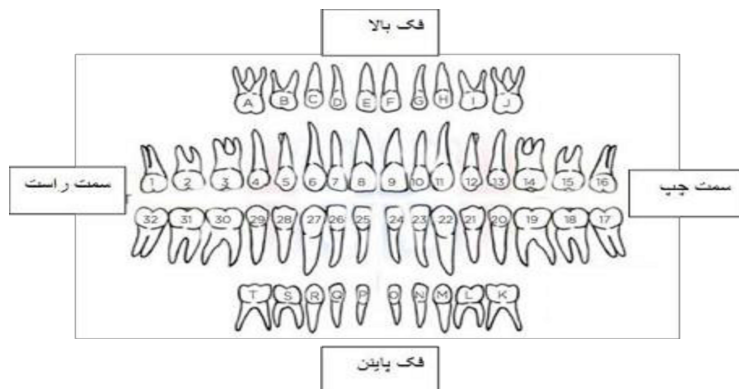
هزینه تقریبی :

- این طرح درمان تا یک ماه اعتبار دارد و پس از آن ممکن است با معاینه مجدد تغییراتی در آن حاصل شود

امضای بیمار و تایید هر درمان به خط خود بیمار(باید شامل تفهیم کامل طرح درمان و موافقت بیمار با انجام آن و اعلام اینکه همه چیز به بیمار توضیح داده شده است باشد):

طرح درمان جایگزین (۲) :

تاریخ :



۱.

۲.

۳.

۴.

۵.

مشاوره های لازم :

هزینه تقریبی :

- این طرح درمان تا یک ماه اعتبار دارد و پس از آن ممکن است با معاینه مجدد تغییراتی در آن حاصل شود

امضای بیمار و تایید طرح درمان شماره ----- به خط خود بیمار (باید شامل تفهیم کامل طرح درمان و موافقت بیمار با انجام آن و اعلام اینکه همه چیز به بیمار توضیح داده شده است باشد)

اصطلاحات شایع درمانی:

لطفا این علائم اختصاری شایع را بشناسید.

R : درمان ریشه

rR : درمان ریشه مجدد

F : ترمیم

IF : ترمیم غیر مستقیم (مانند اونلی)

C : روکش

P : پست (یک قطعه فلزی که داخل کانال دندان کار گذاشته میشود.)

B : بریج یا پل که دو دندان پایه یا ایمپلنت پایه را بهم وصل می کند

I : ایمپلنت

E : کشیدن

SRP : جرم گیری

D : دنچر یا دست کامل دندان کامل یا پارسیل (وقتی چند دندان طبیعی دارید و قرار است برای دندانهای غایب

دندان مصنوعی ساخته شود)

سایر موارد :