



## ОРТОДОНТСКА ДОКУМЕНТАЦИЯ

№ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.

.....  
(име, презиме и фамилия на пациента)

възраст ..... г., ЕГН \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_

.....  
(име, презиме и фамилия на родителя/настойник)

Адрес: .....

.....  
тел. ...., Email: .....

Лекуващ ортодонт д-р .....

### ДИАГНОЗА

Цепнатина на УСТНАТА	Цепнатина на АЛВЕОЛАРНИЯ ГРЕБЕН	Цепнатина на НЕБЦЕТО
<input type="checkbox"/> едностранна (дясно, ляво); <input type="checkbox"/> двустранна; <input type="checkbox"/> пълна; <input type="checkbox"/> непълна.	<input type="checkbox"/> едностранна (дясно, ляво); <input type="checkbox"/> двустранна;	<input type="checkbox"/> пълна; <input type="checkbox"/> непълна.

Придружаващи аномалии .....

временно съзъбие;  смесено съзъбие;  постоянно съзъбие

Орална хигиена:  добра;  задоволителна;  лоша.

Зъбен статус .....



## АНАЛИЗ НА РЕНТГЕНОГРАФИИ

-ортопантомография и -хиподонтния свръхбройни зъби телерентгенография-

-сегментни снимки-.....

1. Анализ на модели.....
2. Фотоснимки (екстраорални, ноздри отдолу, интраорални)

## ДИАГНОСТИЧНИ РЕЗУЛТАТИ

временно съзъбие;  смесено съзъбие;  постоянно съзъбие.

зъбен и скелетен клас .....

Захапка:

дълбока;  отворена;  прогения;  прогнатия;  стеснение в горна челюст;

кръстосана (фронта, страничен участък);  ръбцова.

Overjet ..... mm; Overbite ..... mm.

Профил:  конкавен;  конвексен;  прав.

Вреден навик .....

Гослон за над 8 години 1 2 3 4 5 от 5 до 7 години – модифициран Гослон 1 2 3 4 5

## ПРЕПОРЪЧИТЕЛНО ЛЕЧЕНИЕ

Ортодонтоко лечение със сменяеми апарати, фиксирана техника (брекети, апарат за бързо разширение (RPE), куад хеликс (QH)),.....

Опит за безекстракционно лечение (зависи от растежа и кооперативността на пациента)

Подбрадник, Лицева маска Екстраорален апарат.

### Други лечебни възможности : (при недобър растеж и/или недобра кооперативност)

Ортодонтоко лечение с екстракция на .....

Ортодонтоко лечение в комбинация с ортогнатна хирургия

### Цел на лечение:

1. ....
2. ....
3. ....

Апарати: .....

Продължителност / Необходим брой посещения . .....

Цена на лечението ..... лв.

Финансиране от АЛА ..... лв.



**ЛЕЧЕНИЕ**

Начало ..... Край .....

ден/ месец/година	манипулация