فرم ارجاع

ارجاع به مرکز خدمات جامع سلامت/ پایگاه ثابت سلامت دهان و دندان :.....

نام و نام خانوادگی دانش آموز:..... پایه تحصیلی:..... مدرسه :..... مهر و امضا دندانپزشک:.....

نیازهای درمانی: (لطفا در خانه های مربوطه کد ۱ تا ۴ نیازهای درمانی راثبت نمایید)

۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
			E	D	C	B	A		A	B	C	D	E			

۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
			E	D	C	B	A		A	B	C	D	E			

نیاز های درمانی:**۱**.نیاز به خارج کردن دندان **۲**.نیاز به ترمیم دندان **۳**.نیاز به فیشورسیلانت **۴**.نیاز به درمان تخصصی جرمگیری و بروساژ ☐

فرم ارجاع

ارجاع به مرکز خدمات جامع سلامت/ پایگاه ثابت سلامت دهان و دندان :.....

نام و نام خانوادگی دانش آموز:..... پایه تحصیلی:..... مدرسه :..... مهر و امضا دندانپزشک:.....

نیازهای درمانی: (لطفا در خانه های مربوطه کد ۱ تا ۴ نیازهای درمانی راثبت نمایید)

۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
			E	D	C	B	A		A	B	C	D	E			

۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
			E	D	C	B	A		A	B	C	D	E			

نیاز های درمانی:**۱**.نیاز به خارج کردن دندان **۲**.نیاز به ترمیم دندان **۳**.نیاز به فیشورسیلانت **۴**.نیاز به درمان تخصصی جرمگیری و بروساژ ☐