

แบบฟอร์มส่งตัวผู้ป่วยจัดฟัน

(Orthodontic Patient Transfer Form)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย วัน/เดือน/ปี เกิด อายุ ปี

ที่อยู่ โทร.

Chief Complaint

Patient/Parent concerns

Special health or history concerns

Oral hygiene concerns.....Patient's attitude towards tx Excellent Good Fair Poor

Diagnosis (including significant history & TMD)

Treatment Plan

Treatment Progress

Appliances

Bracket slot size 0.022 0.018 bidimensional Date initiated Date of the last visit

Bracket type and Rx Archwire upper lower

Extraoral appliance Date initiated Hours requested

Removable appliance Date initiated Hours requested

Clear aligner manufacturer Patient's ID..... Package.....

Initial aligner set Additional /refinement set Expiration date #Tray delivered.....of total.....

IPR No Yes, please attach IPR form indicating IPR performed

Records for Transfer [indicate records date(s)]

Model Ceph OPG CBCT Intraoral scan files Intraoral X-rays Extra & intraoral photos

Records Notes

รายละเอียดการรักษา

(ค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อ ขึ้นกับดุลยพินิจของทันตแพทย์ที่รับรักษาต่อ)

ข้าพเจ้ายินยอมให้ส่งต่อประวัติการรักษาทั้งหมดให้ทันตแพทย์ที่รับรักษาต่อเพื่อเก็บและใช้ในการรักษา

ลงชื่อ ผู้ป่วย / ผู้ปกครอง (ระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย)

()

ลงชื่อ ทันตแพทย์ผู้ส่งต่อ รพ./คลินิก

()

โทร. Email