

Vårdrapport barn- och ungdomstandvård

Rapporten insändes direkt efter genomförd undersökning i enlighet med Region Gävleborgs anvisningar och riktlinjer.

Patient

Personnummer	Förnamn	Efternamn
--------------	---------	-----------

Undersökningen utförd av (behandlare):

Namn	Tandhygienist <input type="checkbox"/>	Tandläkare <input type="checkbox"/>
------	---	--

Undersökningsdatum

År, mån, dag

Epidemiologisk registrering (vid ovanstående undersökning)**3 – 6 år:**

dft	dfs	dfs-a	ds	ds-a

7 – 24 år:

DFT	DFS	DFS-a	DS	DS-a

Riskgruppering (värde 0 – 1 – 2):**Karies****Parod****Bett**

--	--	--

Rökning**Snusning**

--	--

Nästa undersökningsdatum:

--

Klinik**Underskrift behandlare**

--