

Vårdrapport tandvård för barn och unga

Rapporten insändes direkt efter genomförd undersökning av tandläkare/tandhygienist.

Patientens personnummer (10 siffror)

—

Förnamn	Efternamn	Folkbokföringsort
---------	-----------	-------------------

Undersökningsdatum **Nästa undersökningdatum** **Riskgrupp** (karies 1,2,3)

År mån dag	År mån dag	
----------------------	----------------------	--

Åtgärd (undersökning/uteblivande)

- Tandläkare
 Tandhygienist

Klinikstämpel**Underskrift ansvarig tandläkare****Epidemiologisk registrering barn och unga 3 till 23 år** vid ovanstående undersökningsdatum.
Registrering ska göras enligt anvisning för Epidemiologisk registrering**Primära bettet 3 - 6 år**

dmft

Permanent bettet 7-23 år

DFT **DFS-a**

Tobaksbruk
Ja **Nej**