

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

Undersökningsdatum

åååå-mm-dd

3 – 6 år: Epidemiologisk registrering vid ovanstående undersökning

dft	dfs	dfs-a	ds	ds-a
-----	-----	-------	----	------

7 – 19 år: Epidemiologisk registrering vid ovanstående undersökning

DFT	DFS	DFS-a	DS	DS-a
-----	-----	-------	----	------

3 – 19 år: Riskgruppering (värde 0 – 1 – 2):

Karies	Parod	Bett
--------	-------	------

Rökning Snusning

--	--

Nästa undersökningsdatum:

åååå-mm-dd

Klinik**Underskrift behandlare**

--

Original insändes till: Beställarenheten för tandvård, Region Gävleborg, 801 88 Gävle