För kännedom till barnhälsovården

**Namn:
Personnummer:
Behov av tolk:**

Detta barn har besökt tandvården den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ och vi fann då en hög kariesrisk. Vi kommer att ge intensifierad profylax och behandling av eventuella kariesskador. Vårdnadshavaren har samtyckt till att information lämnas till barnhälsovården.

**Orsak till samverkan:** Kryssa i en eller flera tänkbara alternativ. (Lämna gärna kommentarer efter texten till tänkbar orsak).

( ) Anamnes

( ) Söt mat/snacks

( ) Nattmål

( ) Många intag/småätande

( ) Bristande tandborstning

( ) Använder inte fluortandkräm

( ) Syskon med karies

( ) Svårt med gränssättning

( ) Flera återbud/uteblivande

( ) Orosanmälan till socialtjänsten är gjord

( ) Övrig information

Med vänliga hälsningar

Tandläkare:
Klinik:
Telefon: