|  |  |
| --- | --- |
| **Kundvalsenheten** | **VÅRDRAPPORT**Barn- och ungdomstandvård |
| Rapporten insändes direkt efter genomförd undersökning av tandläkare/tandhygienist. |
| **Patient** |
| För- och efternamn | Personnummer |
|       |       |
| **Undersökning** |
| Undersökning utförd av (behandlare), namn |
|       | [ ]  | Tandläkare | [ ]  | Tandhygienist |
| Åtgärd | Riskgrupp |
| [ ]  | 101 | [ ]  | 111 | [ ]  | 112 | [ ]  | 1 | [ ]  | 2 | [ ]  | 3 |
| Undersökningsdatum (år, mån, dag) | Nästa undersökning (revisionsdatum) |
|       |       |
| **Epidemiologisk registrering** (vid ovanstående undersökningsdatum).Registrering ska göras enligt anvisning för Epidemiologisk registrering. |
| **Primära bettet barn 3, 4, 5, 6 år** |
| dmft |
|       |
| **Permanenta bettet barn 7 till 23 år** |
| DFT | DFS-appr |
|       |       |
| Tobak |
| [ ]  | Ja | [ ]  | Nej |
| **Underskrift** |
| Ort och datum |
|       |
| Namnteckning, behandlare/klinik | Namnförtydligande |
|  |       |
| Giltig fr.o.m. 2022-01-01. |

Skickas till: Kundvalsenheten., Tandvård, Dockanhuset, Region Kronoberg, 351 85 Växjö.