|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.