

## Småbarnskaries 1-5 år

Detta barn har besökt Folktandvården den .....och vi fann då en kariesaktivitet.

Vi kommer att ge intensifierad profylax och behandling av kariesskadorna.

Barnets namn:.....

Personnummer .....

Behov av tolk.....

( ) Vårdnadshavare har samtyckt till att information lämnas till barnhälsovården.

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

( ) Anamnes/medicinering.....

( ) Söt mat/snacks.....

( ) Söt dryck i flaska.....

( ) Nattmål.....

( ) Många intag/småätande.....

( ) Bristande tandborstning.....

( ) Använder inte fluortandkräm.....

( ) Syskon med karies.....

( ) Svårt med gränssättning.....

( ) Flera återbud/uteblivande.....

( ) Anmälan till Socialtjänsten skickad.....Datum.....

Växjö den.....

Med vänliga hälsningar

Tandläkare/Tandhygienist/ Profylaxtandsköterska  
Folktandvården Norr  
Telefon 0470-589913