

Orientering om undersøgelse og behandling af

Navn: _____ CPR: _____ - _____

Resultat af undersøgelsen:

Tilfredsstillende mundhygiejne		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Begyndende huller		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Huller i tænderne		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Tænder med døde nerver	Ikke afklaret, patienten observeres <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Erosioner	Ikke afklaret, patienten observeres <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Dårligt mineraliserede tænder	Ikke afklaret, patienten observeres <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Manglende tandanlæg	Ikke afklaret, patienten observeres <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Behov for tandretning	Ikke afklaret, patienten observeres <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Vi har i dag foretaget følgende behandling(er):

Instruktion i tandbørstning		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Instruktion i tandtråd		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Kostvejledning		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Renset tænder		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Optaget røntgenbilled(er)	_____ stk		Nej <input type="checkbox"/>
Lavet fyldning(er)	_____ stk		Nej <input type="checkbox"/>
Lavet rodbehandling(er)	_____ stk		Nej <input type="checkbox"/>
Foretaget tandudtrækning(er)	_____ stk		Nej <input type="checkbox"/>
Begyndt på tandretning		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Justeret tandretning		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Afsluttet tandretning		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Indtil næste eftersyn bør i være særligt opmærksomme på:

Mundhygiejne:	Børstning tyggeflader <input type="checkbox"/>	Børstning kindside <input type="checkbox"/>	Børstning tungeside <input type="checkbox"/>
	Daglig brug af tandtråd <input type="checkbox"/>	Børstning af tænder i frembrud <input type="checkbox"/>	
	Særligt grundig børstning på grund af tandretningsapparat <input type="checkbox"/>		
Kostvaner:	Nedsæt sukkerforbrug <input type="checkbox"/>	Nedsæt indtag af syreholdige fødevarer <input type="checkbox"/>	

Fremtidigt behandlingsforløb:

Yderligere behandling:	Ingen yderligere behandling <input type="checkbox"/>	Patienten har tid igen d. ___ / ___ kl ___ : ___
Næste indkald:	Ingen <input type="checkbox"/>	Patienten indkaldes igen om _____ måneder
Andet:	_____	

Dato: _____ Stempel / Underskrift: _____

