



Folk tandvården Sörmland

MUNVÅRDSKORT

Personnummer _____ Namn _____

Adress/boende _____ Kontaktperson _____

Tandvård utförs av _____ Telefon _____

Munhälsobedömning utförd av _____ Telefon _____

Behöver hjälp med/Särskilda problem

Munhälsobedömning

Munvårdsåtgärder

	Överkäke	Underkäke		Dagligen	ggr/vecka
Egna tänder, antal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastsittande protes (krona, bro, implantat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avtagbar protes (del-/hel protes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Överkäke			Tandborstning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hö			Mellanrumsborste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Underkäke			Storlek borste _____		
Recept utfärdat	<input type="checkbox"/>		Tandsticka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Protesrengöring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Fluor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Bakteriedödande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Mot muntorrhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Återbesök _____					
