

Personnummer \_\_\_\_\_ Namn \_\_\_\_\_

Adress/boende \_\_\_\_\_ Kontaktperson \_\_\_\_\_

Tandvård utförs av \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Munhälsobedömning utförd av \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

## Ordinerade munvårdsåtgärder

---



---



---



---



---

Munhälsobedömning

Datum

Ordinerade munvårdsåtgärder

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