



Region Kalmar län

Munvårdskort

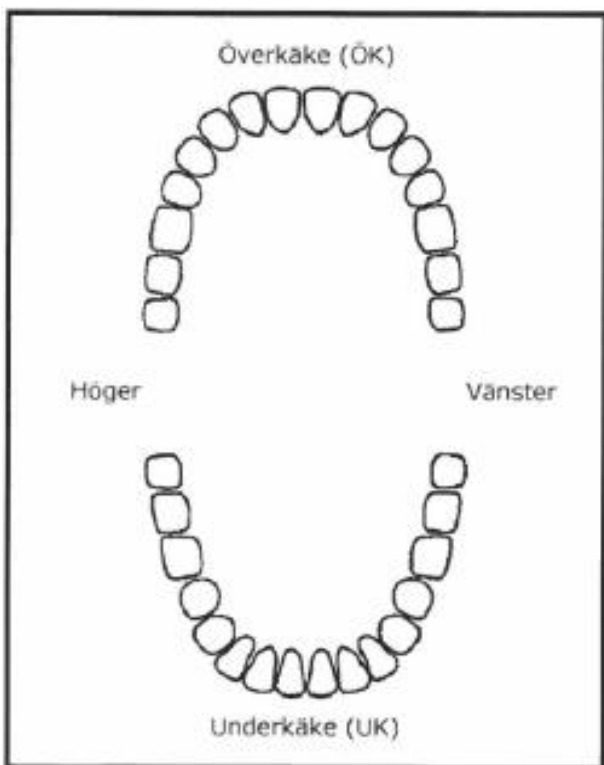
Medtages vid varje tandvårdsbesök

Namn:

Personnr:

Boende:

Status	ÖK	UK
Helprotes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delprotes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egna tänder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandlös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Rött:	Avtagbar protetik
Blått:	Fastsittande protetik
X:	Saknas
RR:	Rotrest

Tandhygienist:

Telefonnr:

Kortnr:

MHB datum:

sign:

Tandhygienistens bedömning:

- Klarar själv:
- Behöver hjälp:
- Särskilda problem:

Rekommenderade hjälpmedel:

- Tandborste:
- För rengöring mellan tänderna:
- Fluor:
- Saliversättning:
- Övrigt:

Info från tandhygienisten: