

Munvårdskort

Bostadsadress: (plats för stämpel)

Telefon

Namn:..... Personnr:.....

Närvarande vårdpersonal/anhörig:..... Telefonnr:.....

Vårdgivare:.....

Tel:.....tandl/tandhyg/sköterska

Munhälsobedömning dat:.....Sign.....

Remiss/hänvisning till:.....

Status:

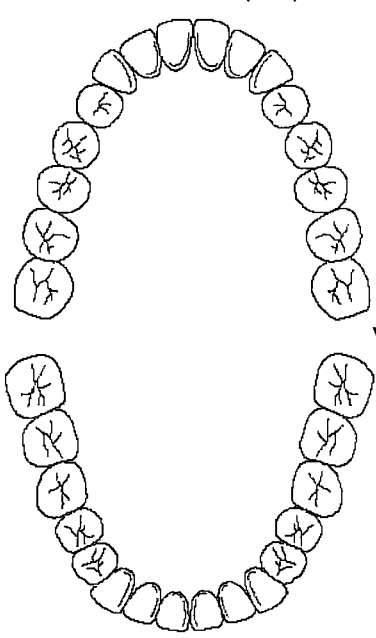
ÖK	UK	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Helprotes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Delprotes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implantat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Egna tänder

Rekommenderade hjälpmedel

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

Status

Överkäke (ÖK)



Underkäke (UK)

Klarar själv:.....

Behöver hjälp:.....

Tränar:.....

Särskilda problem:.....
.....

