

# Vårdrapport – barn- och ungdomstandvård

Gäller besök från 2021-01-01 pga byte till webbversion T99Webb  
vissa parametrar ändras för att stämma med Socialstyrelsens statistik

## Patient

Personnummer	Förnamn	Efternamn
--------------	---------	-----------

## Undersökningen utförd av (behandlare)

Namn	Tandläkare	Tandhygienist
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Undersökningsdatum Nästa undersökning (rev datum) Riskgruppering 0,1 eller 2

År mån dag	År mån dag	Bett	Karies	Parod

## Epidemiologisk registrering (vid ovanstående undersökningsdatum)

### 3-6 år primära tänder dmft

### 7-23 år permanenta tänder DFT DFS-a

--	--

### Tobaksbruk fr o m 13 år Sätt kryss under ja eller nej

Röker	Snusar
JA NEJ	JA NEJ

dmft = Antalet primära tänder med manifest karies, fyllning eller som extraherats pga karies.

DFT = Antalet permanenta tänder med manifest karies eller fyllning.

DFS-a = Antalet permanenta approximala tandtytor med manifest karies eller fyllning.

## Övriga meddelanden till Beställarenheten

## Tandläkarmottagning och Behandlarens underskrift

Region Jämtland Härjedalen  
Beställarenheten, hus 3, plan 3  
Box 654  
831 27 Östersund