

Konsultation/förfrågan



Avsändare:

Mottagare:

Utlåtandet sändes till:

Patient:

För- och efternamn:

Personnummer

Adress:

Telefonnummer:

Tolkbehov: ☐ Ja

Språk:

Vårdnadshavare:

För- och efternamn:

Telefonnummer:

Riskfaktorer som orsak till konsultation:

- | | |
|---|--|
| ☐ Konstaterad karies | ☐ Nattmål efter 1 års ålder |
| ☐ Syskon med kariesproblematik | ☐ Svårigheter med tandborstning och munhälsovanor |
| ☐ Tjockt plack på framtänderna i överkäken | ☐ Socialt |
| ☐ Tandköttsinflammation | ☐ Barnet har inte tagits till sina besök |
| ☐ Läkemedel som påverkar munhälsan | ☐ Kompletterande information |
| ☐ Sjukdomar av betydelse | |
| ☐ Söt dryck inklusive juice i nappflaska | |
| ☐ Frekvent intag av kolsyrad dryck | |
| ☐ Frekvent småätande | |

Utlåtande:

Eventuella varningar:

Datum:

Underskrift

Namnförtydligande

Titel