

# Konsultremiss



**Avsändare:**

**Mottagare:**

**Utlåtandet sändes till:**

**Patient:**

För- och efternamn:

Personnummer

Adress:

Telefonnummer:

Tolkbehov:  Ja

Språk:

**Vårdnadshavare:**

För- och efternamn:

Telefonnummer:

## Riskfaktorer som orsak till remiss:

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

**Utlåtande:**

**Eventuella varningar:**

**Datum:**

---

Underskrift

Namnförtydligande

Titel