



## UNDERSÖKNING AV MUNNEN SAMMANDRAG AV UNDERSÖKNINGSRESULTATEN

Nummer:

Namn:

Undersökningsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/200\_\_

Födelsedatum:

Ort:

- 
- Hos Er har inte nu konstaterats särskilt behov av tandvård.**  
Ni kan fortsätta med Er tandvård såsom tidigare.

---

### Hos Er konstaterades behov av tandvård som följer:

- tandfyllningar eller annan kariesvård
- behov av tandköttsvård
- behov att reparera eller förnya protes
- annat vårdbehov

### Hos Er observerades

- förändring av munnens slemhinna: \_\_\_\_\_
- röntgenobservation: \_\_\_\_\_

---

### Jag rekommenderar Er att uppsöka tandläkare

- inom 7 dagar (remiss sänds)
- inom en månad
- inom 3 månader

---

Tandläkarens stämpel