

Untersuchung im Kindergarten

Anzahl Kilometer:  
Pos. GF1a

Adresse:

Nachname/Vorname des Kindes	VSNR + Geburtsdatum des Kindes	SV-Träger oder sonstige Anmerkung	Einverständ- niserklärung		erhöhtes Karies- risiko <sup>1)</sup>		Zahnpass überegeben	
			Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
MUSTERKIND Petra	1000 01 01 10		X		X		X	

<sup>1)</sup> Kariesrisiko – Ausgabe Zahnpass / Einlösen Gutscheine	Alter der Kinder
dmf/DMF (t/T) > 5 oder D (T) > 0	5 – 7 Jahre
dmf/DMF (t/T) > 7 oder D (T) > 2	8 – 9 Jahre
DMF (S) an Approximal-/Glattflächen > 0	10 – 14 Jahre

Weitere Auskünfte unter [www.oeqkk.at/zahnpass](http://www.oeqkk.at/zahnpass) ► Informationen für Zahnärzte

Datum

Stempel und Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

