

Untersuchung in der Ordination

Adresse:

Nachname/Vorname des Kindes	VSNR + Geburtsdatum des Kindes	SV-Träger oder sonstige Anmerkung	GF 1 Untersuchung Kariesrisiko* und Übergabe Zahnpass	GF 2 Individuelles Zahnputz- training	GF 3 Fluori- dierung	GF 4 Fissuren- versiegelung	GF 5 Profess. Zahn- reinigung
<i>MUSTERKIND Petra</i>	1000 01 01 10		1		1	2	

*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-/Glatflächen > 0	10 – 14 Jahre

Weitere Auskünfte unter www.ooeqkk.at/zahnpass ► Informationen für Zahnärzte

..... Datum
..... Stempel und Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

