



## UNDERSÖKNING AV MUNNEN SAMMANDRAG AV UNDERSÖKNINGSRESULTATEN

Namn: \_\_\_\_\_ Födelsedatum: \_\_\_\_\_

Undersökningsdatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2011 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 6 månader

---

Tandläkarens namn