



Karta badania stomatologicznego w czasie sesji adaptacyjnej

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Szkoła:

Płeć: żeńska męska

Badanie 1: Data: Godzina:

Badanie 2: Data: Godzina:

Badanie 3: Data: Godzina:

				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

www.inkubatorwielkichjutra.pl

Opis oznaczeń do wykorzystania na diagramie:

- 1 - ubytek próchnicowy
- 2 - wypełnienie
- 3 - lak szczelinowy
- 4 – brak zęba (ząb usunięty lub niewyrznięty)
- 5 - zmiany w budowie szkliwa (plamy, nierówności)

Higiena jamy ustnej oceniana na powierzchni wargowej zębów siecznych

- brak osadu
- widoczny osad po zarysowaniu szkliwa zgłębnikiem
- widoczne duże nagromadzenie osadu

Zaczerwienienie brodawek i brzegu dziąsła tak nie

Brzydki zapach z ust tak nie

.....

podpis osoby

badającej