

PREVENTIVNI KONTROLNI/SISTEMATSKI PREGLED

Ime i prezime _____

Datum rođenja _____

STATUS:

Mliječnih zuba:

V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V

+ - zdrav zub
K – karijes
P – zub s ispunom

Trajnih zuba:

7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7

+ - zdrav zub
K – karijes
E – izvađen zub
P – zub s ispunom
ZF – zalivena fizura

OH + - , PLAK + - , KAMENAC + - , GINGIVITIS + - , ORT. ANOMALIJA + - .

PREGLEDOM SMO UTVRDILI DA VAŠEM DJETETU TREBA SANIRATI ZUBE:

DA – obavezno posjetite Vašeg stomatologa čim prije, radi sanacije zuba Vašeg djeteta!

NE – posjetite Vašeg stomatologa barem dva puta godišnje radi kontrole.

KEP INDEKS:

Mliječni zubi

Trajni zubi

Kp:

KEP:

PREPORUKE:

- **PODUKA** o higijeni usne šupljine,
- **SANACIJA** karijesnih mliječnih zubi i šestica,
- **ZAŠTITA** zdravih šestica – ZF.

Datum: _____

Stomatolog: _____