				Erstuntersuchung am						Nachuntersuchung am							
Lfd. Nr.	Name	Vorname	Geb.-Datum	natur-gesundes Gebiss	durch Behand-lung gesundes Gebiss	behand-lungs-bedürf-tiges Gebiss	Zahn-/ Kiefer-fehlstel-lungen	Paro-dontal-erkran-kungen	**Behandl. Zettel ausge-geben**	natur-gesundes Gebiss	durch Behand-lung gesundes Gebiss	behand-lungs-bedürf-tiges Gebiss	Zahn-/ Kiefer-fehlstel-lungen	Paro-dontal-erkran-kungen	durch Behand-lung gesundes Gebiss	teilweise behandel-tes Gebiss	nicht behandel-tes Gebiss
	1			2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
				Die Spalte 2, 3 oder 4 bitte bei jedem untersuchten Kind ausfüllen!													
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
	Summe																

Landkreis Peine

Gesundheitsamt

Jugendzahnärztliche Untersuchungen

Ort _____

Einrichtung _____

Klasse/Gruppe _____

Zahnärztin/-arzt _____