

Efter slutförd behandling-äldretandvård

Datum:

Patientens namn:

Klinik:

Behandlare:

Vi har idag utfört:

☐
☐

Undersökning

Tandlagning

☐
☐

Hygienbehandling

Ordinerat läkemedel _____

Annat:

Rekommenderade hjälpmedel vid munhygien:

☐
☐
☐

Tandborste och tandkräm

Mellanrumsborste

Tandsticka

☐
☐
☐

gånger per dag

gånger per dag

gånger per dag

storlek

Andra rekommendationer:

Ordinerade läkemedel/produkter:

Eventuella restriktioner:

Återbesök:

Övrigt: