

STOMATOLOŠKI SISTEMATSKI PREGLED

_____ ime i prezime _____ spol _____ datum rođenja

_____ osnovna škola

(MOLIMO ISPUNJAVATI VELIKIM TISKANIM SLOVIMA)

STATUS:

Mliječnih zuba:

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

LEGENDA:

- | | |
|---|-----------------|
| + | - zdrav zub |
| K | - karijes |
| E | - izvađen zub |
| 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

KEP INDEKS:

mliječni zubi

trajni zubi

kp: _____

KEP: _____

Datum: _____

Stomatolog: _____

Što prije se naručiti na preventivni pregled kod odabranog liječnika dentalne medicine, prilikom dolaska na pregled ovaj mu Obrazac uručiti te ga popunjenog donjeti na sistematski pregled kod nadležnog liječnika školske medicine kada budete pozvani.