

Untersuchung in der Ordination (Name, Ort)

Nachname und Vorname des Kindes	VSNR + Geburtsdatum des Kindes	KV-Träger oder sonstige Anmerkung	Untersuchung Kariesrisiko und/oder Eltern-Kind-Zuschuss (GF1A/B) inkl. Ausgabe Zahnpass / Zahn-Terminpass			GF 2 Individuelles Zahnputz- training	GF 3 Fluori- dierung	GF 4 Fissuren- versiege- lung	GF 5 Profess. Zahn- reinigung
			5. bis 6. Geb.	5. bis 6. Geb.	5. bis 14. Geb.				
			GF1A	GF1B	GF1				
MUSTERKIND Petra	1003190419			1		1		1	

Alter des Kindes	Kariesrisiko
5 – 7 Jahre	dmf/DMF (t/T) > 5 oder D (T) > 0
8 – 9 Jahre	dmf/DMF (t/T) > 7 oder D (T) > 2
10 – 14 Jahre	DMF (S) an Approximal-/Glattflächen > 0

.....
Datum

.....
Stempel und Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt