

# DENTIST REPORT OF DENTAL EXAMINATION

NAME OF SCHOOL \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

NAME OF CHILD \_\_\_\_\_

AGE \_\_\_\_\_

SEX \_\_\_\_\_

GRADE \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_

## REPORT OF EXAMINATION

	Tooth Chart																
	Left								Right								
upper	1	2	3	4 A	5 B	6 C	7 D	8 E	9 F	10 G	11 H	12 I	13 J	14	15	16	upper
lower	32	31	30	29 T	28 S	27 R	26 Q	25 P	24 O	23 N	22 M	21 L	20 K	19	18	17	lower
upper																	upper
lower																	lower

Is The Child Under Treatment?     Yes     No

Treatment Completed?             Yes     No

Date of Dental Examination: \_\_\_\_\_

Signature of Dental Examiner: \_\_\_\_\_

Print Name of Dental Examiner: \_\_\_\_\_

# ВИСНОВОК СТОМАТОЛОГА ПРО ОБСТЕЖЕННЯ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ

НАЗВА ШКОЛИ \_\_\_\_\_

ДАТА \_\_\_\_\_

ПРИЗВИЩЕ, ІМ'Я ДИТИНИ \_\_\_\_\_

ВІК \_\_\_\_\_

СТАТЬ \_\_\_\_\_

КЛАС \_\_\_\_\_

АДРЕСА \_\_\_\_\_

---

## ВИСНОВОК

	Tooth Chart																
	Left								Right								
upper	1	2	3	4 A	5 B	6 C	7 D	8 E	9 F	10 G	11 H	12 I	13 J	14	15	16	upper
lower	32	31	30	29 T	28 S	27 R	26 Q	25 P	24 O	23 N	22 M	21 L	20 K	19	18	17	lower
upper																	upper
lower																	lower

Чи проходить дитина лікування?            Так            Ні

Лікування завершено?                    Так            Ні

Дата проведення огляду ротової порожнини: \_\_\_\_\_

Підпис стоматолога: \_\_\_\_\_

Ім'я, прізвище стоматолога (друкованими літерами): \_\_\_\_\_