

**Patientuppgifter**

Personnr:  Telefon:

Namn:

Adress:   Ev behov av tolk:

**Vårdgivaruppgifter**

Namn:  Telefon:

Klinik:

Adress:

**Frågeställning (Obligatorisk)**

**Eventuell tidigare ortodonti eller extraktioner (Obligatorisk)**

**Allmän anamnes (Obligatorisk)**

**Patientens subjektiva behandlingsbehov (Obligatorisk)**

**Ortodontisk diagnos (Obligatorisk)**

**Kariesrisk / Munhygien (Obligatorisk)**

Kariesrisk  Hög  Låg

Munhygien  God  Mindre god

**Föreslagen behandling (ej obligatorisk uppgift)**