

Descriptif de la denture

No AVS:

Nom:

1. Date de la consultation:

2. Etat des dents au moment de l'établissement du rapport (les dents manquantes doivent être biffées) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

3. Dents manquantes non remplacées: 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

4. Dents défectueuses non traitées: 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

5. Dents atteintes de parodontose: 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

6. Dents avec traitement radiculaire: 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

7. Dents réparées: 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

8. Des numéros des dents:
Couronnes
Ponts
Implant
Inlay/onlay.....
Coiffe à tenon radiculaire/Dalbo-Rotex-Anker
Prothèse (part. ou totale / la mâchoire inf. ou sup.)

9. hygiène buccale:

10. Traitement hygiénique régulièrement:

10.1. Plan de traitement

10.2. Mesures immédiates

Lieu et date:

Signature due médecin dentiste:
