

PREVENTIVNI ZOBOZDRAVSTVENI LIST

IZPOLNI ŠTUDENT

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____ Spol: M Ž

Naslov: _____

Fakulteta: _____ Letnik študija: _____

ZOBNI STATUS

			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

IZPOLNI ZOBOZDRAVNIK

1. Skupno število zob _____

2. Število neizraščanih zob _____

3. Število izdrtih zob _____

4. Število okvarjenih zob _____

5. Število popravljenih zob _____

6. Število protetično nadomeščenih zob _____

7. Ustna higiena: pomanjkljiva

obloge

zobni kamen

8. Bolezni obzobnih tkiv: _____

bolezni sprednje ustne sluznice _____

paradontoza začetna

izražena

ostala obolenja

9. Nepravilen razvoj zob in čeljusti _____

10. Sanirani zobje _____

11. Intaktni zobje _____

Datum: _____ Zobozdravnik: _____