

Befundbogen



Untersuchungsdatum: _____

Name der Einrichtung: _____

Art der Einrichtung: KiTa / GS / SBBZ / FÖ

Name, Vorname	Alter	Natur- gesund	Saniert	Behandl.- bedürftig	*hohes Karies risiko	KFO	Fiss.- vers.	PA/ Mundhyg.	Sonst.	Nicht teil genommen
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
16.										
17.										
18.										
19.										
20.										
21.										
22.										
23.										
24.										
25.										

Name, Vorname	Alter	Natur- gesund	Saniert	Behandl.- bedürftig	*hohes Karies risiko	KFO	Fiss.- vers.	PA/ Mundhyg.	Sonst.	Nicht teil genommen
26.										
27.										
28.										
29.										
30.										

* Für erhöhte Kariesaktivität gelten folgende Kriterien:

bis	3	Jahre:	dmf -t >	0	
	4	Jahre:	dmf -t >	2	
	5	Jahre:	dmf -t >	4	
	6 - 7	Jahre:	dmf-t/DMF-T >	5 oder D (T)	> 0
	8 - 9	Jahre:	dmf-t/DMF-T >	7 oder D (T)	> 2
	10 - 12	Jahre:	DMF-S an Approximal- / Glattflächen		> 0