





Patient: _____ geb: _____ Zimmer: _____

<p>Datum: _____</p> <p>Lippen: trocken <input type="checkbox"/>, rissig <input type="checkbox"/>, Rhagaden <input type="checkbox"/></p> <p>Schleimhäute: trocken <input type="checkbox"/>, sonstiges _____</p> <p>Zunge: trocken <input type="checkbox"/>, belegt <input type="checkbox"/>, sonstiges _____</p> <p>Pilz: gen. <input type="checkbox"/> / lok. _____, Borken <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnfleisch: entzündet gen. <input type="checkbox"/> / lok. _____, Druckstelle _____</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TP Tot getragen? sonstiges <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p> <p>Beläge Zähne: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ZE OK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Beläge ZE: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ZE UK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Zst <input type="checkbox"/>, Vopr <input type="checkbox"/>, PSI <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> sK _____, Mu _____, üZ <input type="checkbox"/>, Exz2 _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Weitere Maßnahmen: _____</p> <p>_____</p>							 	<p>Bs1/2/3</p> <p>PBA1a/b</p> <p>Bs4/5</p> <p>SP1a/b</p> <p>WG 78__ / __</p>	
		<p>Zst</p> <p>Vopr</p> <p>PSI</p> <p>Mu</p> <p>sK</p> <p>üZ</p> <p>Exz2</p> <p>Ä70</p>							
		<p>Dat:</p> <p>Bs4/5</p> <p>SP1a/b</p> <p>SP1c/d</p> <p>WG 78__ / __</p>							

<p>Datum: _____</p> <p>Lippen: trocken <input type="checkbox"/>, rissig <input type="checkbox"/>, Rhagaden <input type="checkbox"/></p> <p>Schleimhäute: trocken <input type="checkbox"/>, sonstiges _____</p> <p>Zunge: trocken <input type="checkbox"/>, belegt <input type="checkbox"/>, sonstiges _____</p> <p>Pilz: gen. <input type="checkbox"/> / lok. _____, Borken <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnfleisch: entzündet gen. <input type="checkbox"/> / lok. _____, Druckstelle _____</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TP Tot getragen? sonstiges <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p> <p>Beläge Zähne: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ZE OK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Beläge ZE: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ZE UK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Zst <input type="checkbox"/>, Vopr <input type="checkbox"/>, PSI <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> sK _____, Mu _____, üZ <input type="checkbox"/>, Exz2 _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Weitere Maßnahmen: _____</p> <p>_____</p>							 	<p>Bs1/2/3</p> <p>PBA1a/b</p> <p>Bs4/5</p> <p>SP1a/b</p> <p>WG 78__ / __</p>	
		<p>Zst</p> <p>Vopr</p> <p>PSI</p> <p>Mu</p> <p>sK</p> <p>üZ</p> <p>Exz2</p> <p>Ä70</p>							
		<p>Dat:</p> <p>Bs4/5</p> <p>SP1a/b</p> <p>SP1c/d</p> <p>WG 78__ / __</p>							