

Patient: _____ geb: _____ Zimmer: _____

<p>Datum: _____ Uhrzeit: _____</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 _____ ☺ ☹ ☹ TP Tot getragen? sonstiges</p> <p>Beläge Zähne: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ZE OK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> j <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"/> j <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>LANDESZAHNÄRZTEKAMMER BADEN-WÜRTTEMBERG LZK Körperschaft des öffentlichen Rechts Die Kammer IHR PARTNER</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Bs1-5</td><td> </td></tr> <tr><td>PBA1a/b</td><td> </td></tr> <tr><td>SP1a/b</td><td> </td></tr> <tr><td>PBa/b</td><td> </td></tr> <tr><td>WG 78</td><td>__ / __</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>(PB)Zst</td><td> </td></tr> <tr><td>Vipr</td><td> </td></tr> <tr><td>PSI</td><td> </td></tr> <tr><td>Mu</td><td> </td></tr> <tr><td>sK</td><td> </td></tr> <tr><td>üZ</td><td> </td></tr> <tr><td>Exz2</td><td> </td></tr> <tr><td>Ä70</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">2. Besuch?</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Dat</td><td style="text-align: center;">Zeit</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Bs1-5</td><td> </td></tr> <tr><td>PBA1a/b</td><td> </td></tr> <tr><td>SP1a/b</td><td> </td></tr> <tr><td>PBa/b</td><td> </td></tr> <tr><td>WG 78</td><td>__ / __</td></tr> </table>	Bs1-5		PBA1a/b		SP1a/b		PBa/b		WG 78	__ / __			(PB)Zst		Vipr		PSI		Mu		sK		üZ		Exz2		Ä70				2. Besuch?		Dat	Zeit			Bs1-5		PBA1a/b		SP1a/b		PBa/b		WG 78	__ / __
Bs1-5																																																						
PBA1a/b																																																						
SP1a/b																																																						
PBa/b																																																						
WG 78	__ / __																																																					
(PB)Zst																																																						
Vipr																																																						
PSI																																																						
Mu																																																						
sK																																																						
üZ																																																						
Exz2																																																						
Ä70																																																						
2. Besuch?																																																						
Dat	Zeit																																																					
Bs1-5																																																						
PBA1a/b																																																						
SP1a/b																																																						
PBa/b																																																						
WG 78	__ / __																																																					

<p>Datum: _____ Uhrzeit: _____</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 _____ ☺ ☹ ☹ TP Tot getragen? sonstiges</p> <p>Beläge Zähne: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ZE OK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> j <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"/> j <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>LANDESZAHNÄRZTEKAMMER BADEN-WÜRTTEMBERG LZK Körperschaft des öffentlichen Rechts Die Kammer IHR PARTNER</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Bs1-5</td><td> </td></tr> <tr><td>PBA1a/b</td><td> </td></tr> <tr><td>SP1a/b</td><td> </td></tr> <tr><td>PBa/b</td><td> </td></tr> <tr><td>WG 78</td><td>__ / __</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>(PB)Zst</td><td> </td></tr> <tr><td>Vipr</td><td> </td></tr> <tr><td>PSI</td><td> </td></tr> <tr><td>Mu</td><td> </td></tr> <tr><td>sK</td><td> </td></tr> <tr><td>üZ</td><td> </td></tr> <tr><td>Exz2</td><td> </td></tr> <tr><td>Ä70</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">2. Besuch?</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Dat</td><td style="text-align: center;">Zeit</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Bs1-5</td><td> </td></tr> <tr><td>PBA1a/b</td><td> </td></tr> <tr><td>SP1a/b</td><td> </td></tr> <tr><td>PBa/b</td><td> </td></tr> <tr><td>WG 78</td><td>__ / __</td></tr> </table>	Bs1-5		PBA1a/b		SP1a/b		PBa/b		WG 78	__ / __			(PB)Zst		Vipr		PSI		Mu		sK		üZ		Exz2		Ä70				2. Besuch?		Dat	Zeit			Bs1-5		PBA1a/b		SP1a/b		PBa/b		WG 78	__ / __
Bs1-5																																																						
PBA1a/b																																																						
SP1a/b																																																						
PBa/b																																																						
WG 78	__ / __																																																					
(PB)Zst																																																						
Vipr																																																						
PSI																																																						
Mu																																																						
sK																																																						
üZ																																																						
Exz2																																																						
Ä70																																																						
2. Besuch?																																																						
Dat	Zeit																																																					
Bs1-5																																																						
PBA1a/b																																																						
SP1a/b																																																						
PBa/b																																																						
WG 78	__ / __																																																					

Patient: _____ geb: _____ Zimmer: _____

<p>Datum: _____ Uhrzeit: _____</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 _____ ☺ ☹ ☹ TP Tot getragen? sonstiges</p> <p>Beläge Zähne: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ZE OK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> j <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"/> j <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Zst <input type="checkbox"/>, Vpr <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>LANDESZAHNÄRZTEKAMMER BADEN-WÜRTTEMBERG LZK Körperschaft des öffentlichen Rechts Die Kammer IHR PARTNER</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Bs1-5</td><td> </td></tr> <tr><td>PBA1a/b</td><td> </td></tr> <tr><td>SP1a/b</td><td> </td></tr> <tr><td>PBa/b</td><td> </td></tr> <tr><td>WG 78</td><td>__ / __</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>(PB)Zst</td><td> </td></tr> <tr><td>Vipr</td><td> </td></tr> <tr><td>PSI</td><td> </td></tr> <tr><td>Mu</td><td> </td></tr> <tr><td>sK</td><td> </td></tr> <tr><td>üZ</td><td> </td></tr> <tr><td>Exz2</td><td> </td></tr> <tr><td>Ä70</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="2">2. Besuch?</td></tr> <tr><td>Dat</td><td>Zeit</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Bs1-5</td><td> </td></tr> <tr><td>PBA1a/b</td><td> </td></tr> <tr><td>SP1a/b</td><td> </td></tr> <tr><td>PBa/b</td><td> </td></tr> <tr><td>WG 78</td><td>__ / __</td></tr> </table>	Bs1-5		PBA1a/b		SP1a/b		PBa/b		WG 78	__ / __			(PB)Zst		Vipr		PSI		Mu		sK		üZ		Exz2		Ä70				2. Besuch?		Dat	Zeit			Bs1-5		PBA1a/b		SP1a/b		PBa/b		WG 78	__ / __
Bs1-5																																																						
PBA1a/b																																																						
SP1a/b																																																						
PBa/b																																																						
WG 78	__ / __																																																					
(PB)Zst																																																						
Vipr																																																						
PSI																																																						
Mu																																																						
sK																																																						
üZ																																																						
Exz2																																																						
Ä70																																																						
2. Besuch?																																																						
Dat	Zeit																																																					
Bs1-5																																																						
PBA1a/b																																																						
SP1a/b																																																						
PBa/b																																																						
WG 78	__ / __																																																					

<p>Datum: _____ Uhrzeit: _____</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 _____ ☺ ☹ ☹ TP Tot getragen? sonstiges</p> <p>Beläge Zähne: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ZE OK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> j <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"/> j <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Zst <input type="checkbox"/>, Vpr <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>LANDESZAHNÄRZTEKAMMER BADEN-WÜRTTEMBERG LZK Körperschaft des öffentlichen Rechts Die Kammer IHR PARTNER</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Bs1-5</td><td> </td></tr> <tr><td>PBA1a/b</td><td> </td></tr> <tr><td>SP1a/b</td><td> </td></tr> <tr><td>PBa/b</td><td> </td></tr> <tr><td>WG 78</td><td>__ / __</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>(PB)Zst</td><td> </td></tr> <tr><td>Vipr</td><td> </td></tr> <tr><td>PSI</td><td> </td></tr> <tr><td>Mu</td><td> </td></tr> <tr><td>sK</td><td> </td></tr> <tr><td>üZ</td><td> </td></tr> <tr><td>Exz2</td><td> </td></tr> <tr><td>Ä70</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="2">2. Besuch?</td></tr> <tr><td>Dat</td><td>Zeit</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Bs1-5</td><td> </td></tr> <tr><td>PBA1a/b</td><td> </td></tr> <tr><td>SP1a/b</td><td> </td></tr> <tr><td>PBa/b</td><td> </td></tr> <tr><td>WG 78</td><td>__ / __</td></tr> </table>	Bs1-5		PBA1a/b		SP1a/b		PBa/b		WG 78	__ / __			(PB)Zst		Vipr		PSI		Mu		sK		üZ		Exz2		Ä70				2. Besuch?		Dat	Zeit			Bs1-5		PBA1a/b		SP1a/b		PBa/b		WG 78	__ / __
Bs1-5																																																						
PBA1a/b																																																						
SP1a/b																																																						
PBa/b																																																						
WG 78	__ / __																																																					
(PB)Zst																																																						
Vipr																																																						
PSI																																																						
Mu																																																						
sK																																																						
üZ																																																						
Exz2																																																						
Ä70																																																						
2. Besuch?																																																						
Dat	Zeit																																																					
Bs1-5																																																						
PBA1a/b																																																						
SP1a/b																																																						
PBa/b																																																						
WG 78	__ / __																																																					