



# Landkreis Schaumburg

Der Landrat

Gesundheitsamt  
Jugendzahnärztliche Untersuchung

Schule / Kindergarten:

Klasse / Gruppe:

Zahnarzt:

Untersuchungs-  
datum:

Lfd. Nr.	Name	Vorname	Geb.-Datum	Natürliches Gebiss	Saniertes Gebiss	Kariöses Gebiss	Zahn- / Kiefer- fehlstellungen	Milchzähne d - t*	Milchzähne m - t*	Milchzähne f - t*	Milchzähne df - t*	Milchzähne dmf - t*	Bleibende Zähne D - T*	Bleibende Zähne M - T*	Bleibende Zähne F - T*	Bleibende Zähne DF - T*	Bleibende Zähne DMF - T*
1.																	
2.																	
3.																	
4.																	
5.																	
6.																	
7.																	
8.																	
9.																	
10.																	
11.																	
12.																	
13.																	
14.																	
15.																	
16.																	
17.																	
18.																	

\* d-t bzw. D-T = kariöse Zähne ( decayed teeth)  
 m-t bzw. M-T = fehlende Zähne (missing teeth)  
 f-t bzw. F-T = gefüllte Zähne (filled teeth)

df-t bzw. DF-T = kariöse und gefüllte Zähne (decayed and filled teeth)

In die Kästchen ist die jeweilige Anzahl der kariösen, gefüllten oder fehlenden Zähne (Bleibende bzw. Milchzähne) zu vermerken.

Die Spalten dmf-t bzw. DMF-T sind nicht auszufüllen. Sie dienen unseren späteren Erhebungen.

Lfd. Nr.	Name	Vorname	Geb.- Jahr	Naturgesundes Gebiss	Saniertes Gebiss	Kariöses Gebiss	Zahn- / Kiefer- fehlstellungen	Milchzähne d - t*	Milchzähne m - t*	Milchzähne f - t*	Milchzähne df - t*	Milchzähne dmf - t*	Bleibende Zähne D - T*	Bleibende Zähne M - T*	Bleibende Zähne F - T*	Bleibende Zähne DF - T*	Bleibende Zähne DMF - T*
19.																	
20.																	
21.																	
22.																	
23.																	
24.																	
25.																	
26.																	
27.																	
28.																	
29.																	
30.																	
31.																	
32.																	
	<b>Insgesamt:</b>																

**Ergebnis der Untersuchung:**

Zahl der zu untersuchenden Kinder: \_\_\_\_\_  
 davon Naturgesundes Gebiss: \_\_\_\_\_  
 davon Saniertes Gebiss: \_\_\_\_\_  
 davon behandlungsbedürftig: \_\_\_\_\_

Bitte nicht ausfüllen:

Milchzähne:	d - t:	_____	bleibende Zähne:	D - T:	_____
	m - t:	_____		M - T:	_____
	f - t:	_____		F - T:	_____
	df - t:	_____		DF - T:	_____
	dmf - t:	_____		DMF - T:	_____