

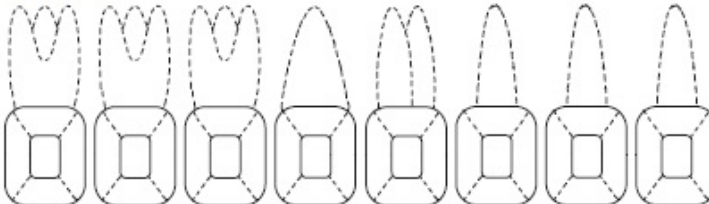
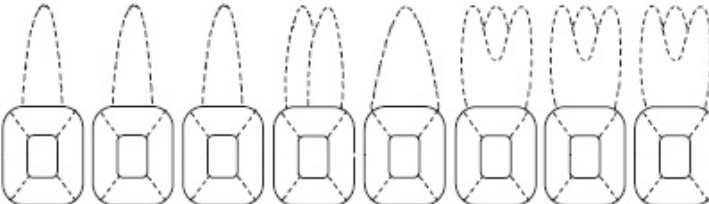
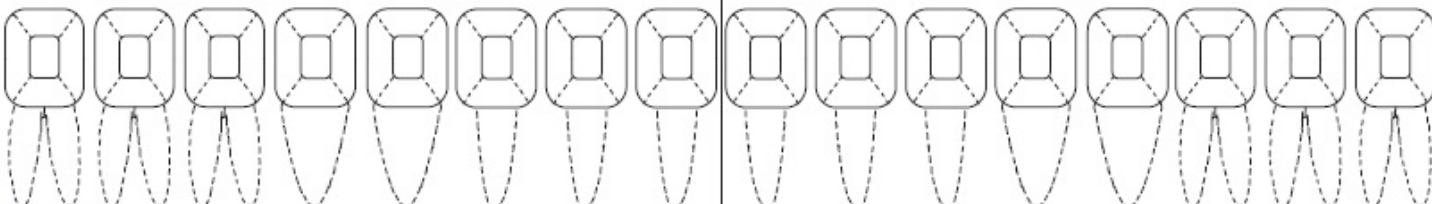
Dokumentation

UPTd

Patientennummer/Geburtsdatum: _____

Patientenname: _____ Datum: _____

UPT e, f erforderlich an (mit Kreuz kennzeichnen):

LG	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	LG
FB	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	FB
Oberkiefer																
																
rechts								links								
																
Unterkiefer																
FB	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	FB
LG	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	LG

Blutungspunkte sind mit einem * zu markieren

Fehlende Zähne: _____

Bemerkungen:
