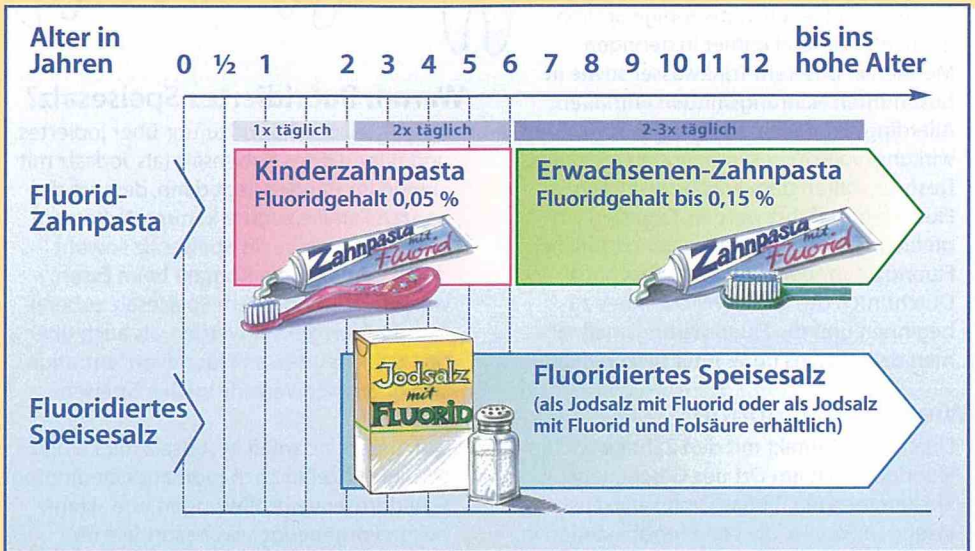


Patienten-Info

Empfehlungen zur Kariesvorbeugung mit Fluoriden



Ihr persönlicher „Fluorid-Fahrplan“ (Zutreffendes ist angekreuzt)

<p>Name, Vorname des Patienten _____</p> <p>geboren am <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Datum der Verordnung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>Stempel und Unterschrift des Arztes</p>
<p><input type="checkbox"/> Speisesalz mit Fluorid (Jodsalz mit Fluorid)</p> <p><input type="checkbox"/> Kinderzahnpasta mit Fluorid</p> <p><input type="checkbox"/> Erwachsenenzahnpasta mit Fluorid</p> <p><input type="checkbox"/> Fluorid-Spüllösung</p> <p><input type="checkbox"/> Fluorid-Gelee</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>	<p>zur täglichen Speisenzubereitung</p> <p><input type="checkbox"/> x täglich</p> <p><input type="checkbox"/> x täglich</p> <p><input type="checkbox"/> x täglich</p> <p><input type="checkbox"/> x wöchentlich</p> <p>_____</p>
<p>Wir empfehlen Ihnen noch folgende Hilfsmittel zur Mundhygiene:</p> <p>1 _____ 2 _____</p>	