

Untersuchung in der Ordination (Name, Ort) .....

Nachname/Vorname des Kindes	VSNR + Geburtsdatum des Kindes	SV-Träger oder sonstige Anmerkung	GF1 / GF1A / GF1B / GF1C / GF1D Untersuchung Kariesrisiko <sup>*)</sup> Untersuchung Mutter-Kind-Zuschuss inkl. Ausgabe Zahnpass / Zahn-Terminpass				GF 2 Individuelles Zahnputz- training	GF 3 Fluori- dierung	GF 4 Fissuren- versiegelung	GF 5 Profess. Zahn- reinigung
			GF1	5. und 6. Geb. GF1A	GF1B	8. und 9. Geb. GF1C				
MUSTERKIND Petra	1000 01 01 10				1			1	2	

<sup>*)</sup> Kariesrisiko – Ausgabe Zahnpass / Einlösen Gutscheine	Alter der Kinder
dmf/DMF (t/T) > 5 oder D (T) > 0	5 – 7 Jahre
dmf/DMF (t/T) > 7 oder D (T) > 2	8 – 9 Jahre
DMF (S) an Approximal-/Glatflächen > 0	10 – 14 Jahre

Weitere Auskünfte unter [www.oegkk.at/zahnpass](http://www.oegkk.at/zahnpass) ► Informationen für Zahnärzte

.....  
Datum

.....  
Stempel und Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt