

Endast om bentransplantation gjorts!

LKG-center:					
Personnummer:					
Efternamn:		Förnamn:			
<input type="checkbox"/> Q36.9 (enkelsidig) <input type="checkbox"/> Q36.0 (dubbelsidig)					
Ålder vid registrering: <input type="checkbox"/> 5 år <input type="checkbox"/> 10 år <input checked="" type="checkbox"/> 16 år <input type="checkbox"/> 19 år <input type="checkbox"/> 1år postop					
Undersökningsdatum:					
Ansvarig vårdgivare:					
Bentransplantation: <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					
<i>Poäng; bennivå i spaltområdet bedömd i förhållande till rotlängden på tanden anterior om spalten</i>					
Höger sida:		<input type="checkbox"/> 0: Ben saknas	<input type="checkbox"/> 1: <3/4	<input type="checkbox"/> 2: >=3/4	<input type="checkbox"/> Ej tillämbart
Vänster sida:		<input type="checkbox"/> 0: Ben saknas	<input type="checkbox"/> 1: <3/4	<input type="checkbox"/> 2: >=3/4	<input type="checkbox"/> Ej tillämbart