



**DENTAL EXAMINATION**

<b>Name of child:</b>	
<b>Birth date:</b>	
<b>Date of examination:</b>	

**Permanent Teeth**

Right 8 · 7 · 6 · 5 · 4 · 3 · 2 · 1 ■ 1 · 2 · 3 · 4 · 5 · 6 · 7 · 8 Left

**Primary Teeth**

Right 5 · 4 · 3 · 2 · 1 ■ 1 · 2 · 3 · 4 · 5 Left

**Treatment Provided:**

---



---

**Recommendations:**

---



---

**Dentist:**

Name

Signature

Date