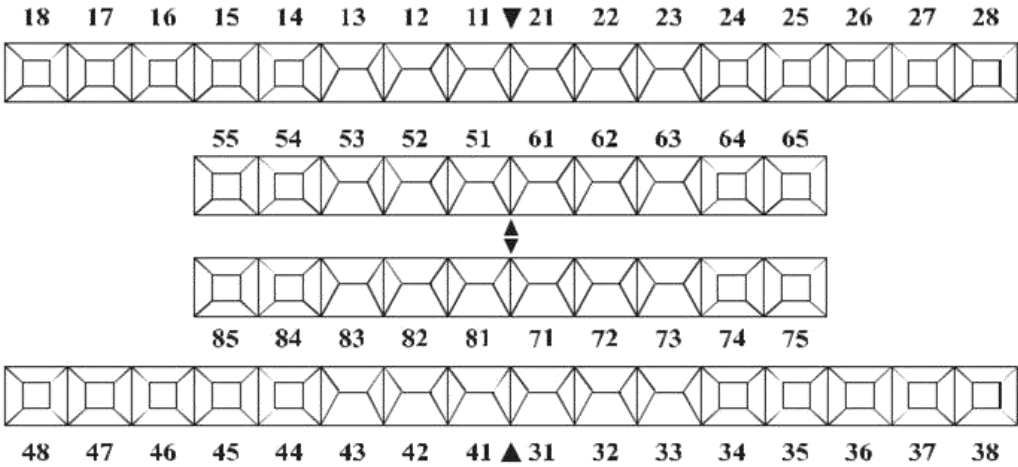


 PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112 	Label Identitas Pasien	
	Nama	:
	No. RM	:
	Tgl. Lahir	:
	Alamat	:
J. Kelamin	:	

RM.07.IRJ

FORMULIR PEMERIKSAAN ODONTOGRAM

11 [51]			[61] 21
12 [52]			[62] 22
13 [53]			[63] 23
14 [54]			[64] 24
15 [55]			[65] 25
16			26
17			27
18			28



48			38
47			37
46			36
45 [85]			[75] 35
44 [84]			[74] 34
43 [83]			[73] 33
42 [82]			[72] 32
41 [81]			[71] 31

Occlusi : Normal Bite / Cross Bite / Steep Bite

Torus Palatinus : Tidak Ada / Kecil / Sedang / Besar / Multiple

Torus Mandibularis : Tidak ada / sisi kiri / sisi kanan / kedua sisi

Palatum : Dalam / Sedang / Rendah

Diastema : Tidak Ada/ Ada : (dijelaskan dimana dan berapa lebarnya)

Gigi Anomali : Tidak Ada / Ada : (dijelaskan gigi yang mana, dan bentuknya)

Lain-lain : (Hal-hal yang tidak tercakup diatas)

D : M : F :

Jumlah photo yang diambil..... (Digital / Intraoral)*

Jumlah rontgen photo yang diambil(Dental / PA / OPG / Ceph)*

Diperiksa oleh :	Tanggal Pemeriksaan :	Tanda tangan Pemeriksa :
Drg.....	 / /	