



Children's Sanctuary, Inc.

CLIENT DENTAL EXAM

CLIENT NAME: _____	DATE OF BIRTH: _____																
DENTIST NAME: _____	Phone: _____																
Office address: _____																	
<p>Upper</p> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">Right</td> <td style="text-align: center;">○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○</td> <td style="text-align: left;">Left</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">e d c b a a b c d e</td> <td></td> </tr> </table> <p>Lower</p> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">Right</td> <td style="text-align: center;">○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○</td> <td style="text-align: left;">Left</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">e d c b a a b c d e</td> <td></td> </tr> </table> <p>Upper</p> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table> <p>Lower</p> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>		Right	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	Left		e d c b a a b c d e		Right	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	Left		e d c b a a b c d e		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
Right	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	Left															
	e d c b a a b c d e																
Right	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	Left															
	e d c b a a b c d e																
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○																	
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8																	
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○																	
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8																	
Fillings:	Fill in involved surfaces with black	Teeth for extraction:	Indicate with red X														
Cavities:	Outline involved surfaces in red	Teeth extracted:	Indicate with black X														
Missing teeth:	Indicate with black M	Gum inflammation:	Underline in red														
EXAMINATION																	
Deciduous teeth: Decayed? Stained? Calculous?		Permanent teeth: Decayed? Stained? Calculous?															
Gums, inflammation?		Mucous Membranes?															
Describe any other oral problems: _____																	
Do irremediable defects of the teeth exist? _____																	
Is malocclusion present? _____																	
Have fluoride applications been provided? _____																	
RECOMMENDATIONS																	
X-rays: _____	Restorations: _____	Dental prophylaxis: _____	Extractions: _____ Fluoride applications: _____														
Orthodontic or other services required? _____																	
Signature of Dentist: _____ Date: _____																	

Northern Indiana: 800.792.9581. Southern Indiana: 800.339.0210. Ohio: 888.876.3449

www.childreanctuary.org

Rev. 12-01-10