

LISTA KONTROLI ANATOMII

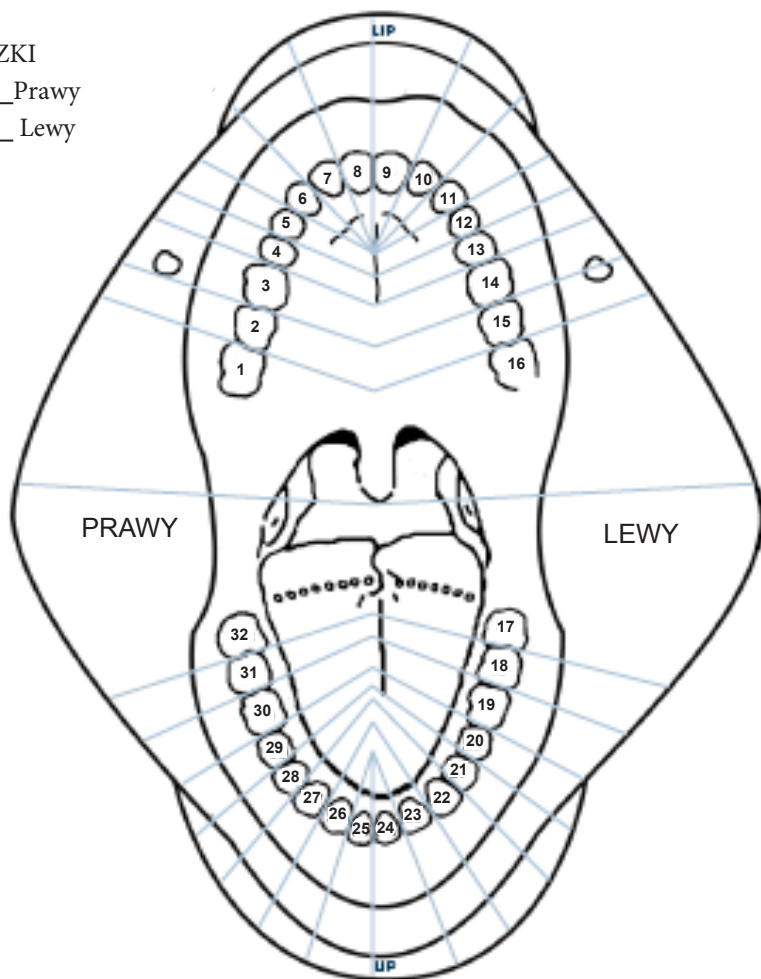
Imię i nazwisko pacjenta _____ Data _____

WARGI
 _____ Górne
 _____ Dolne
 _____ Granica wargowa
 _____ Kąciki wargowe

USTNA CZĘŚĆ GARDŁA
 _____ Prawy migdałek
 _____ Lewy migdałek

CIEŚŃ GARDZIELI
 _____ Prawy tylny
 _____ Prawy przedni
 _____ Lewy tylny
 _____ Lewy przedni

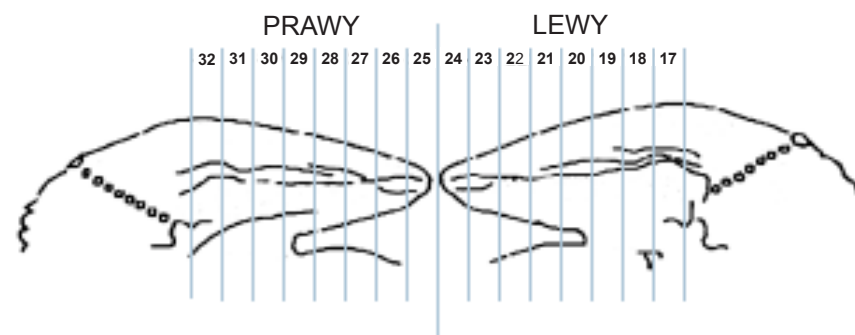
POLICZKI
 _____ Prawy
 _____ Lewy



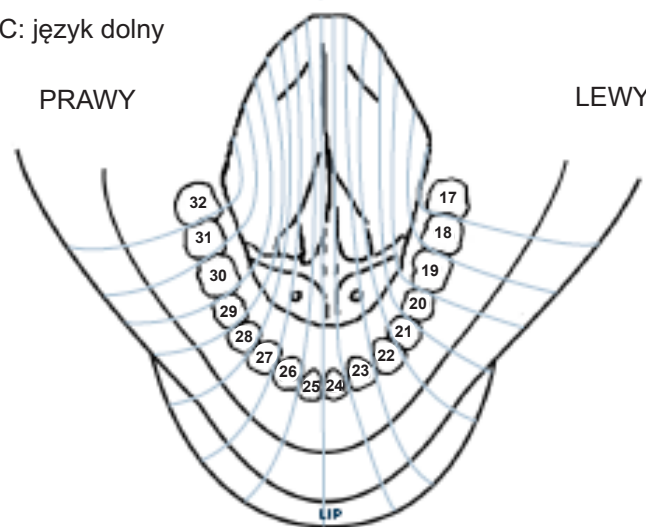
PODNIEBIENIE
 _____ Języczek
 _____ podniebienny
 _____ Miękkie
 _____ Twarde

JĘZYK
 _____ Grzbiet
 _____ Prawa boczna część języka
 _____ Lewa boczna część języka
 _____ Wewnętrzna część języka

PODŁOŻE
 _____ ślinianka
 _____ podżuchwowa/
 _____ przewód Whartona



Formularz C: język dolny



Ocena kliniczna _____

Ocena kliniczna _____