

CANDIDATE #

UNIT #

Candidate Identification Number

INFORMATION ONLY



A. Treatment Evaluation

		Calculus Removal	Plaque/Stain Removal	Tissue Mngmt
	M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tooth #	F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	L	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tooth #	F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	L	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tooth #	F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	L	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tooth #	F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	L	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tooth #	F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	L	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tooth #	F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	L	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tooth #	F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	L	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

B. Pocket Depth Measurements

	Tooth #	Tooth #	Tooth #	Tooth #
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Errors	Errors	Errors	Errors
DF	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MF	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
L	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ML	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
No Errors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. No Errors

Calculus Removal	<input type="checkbox"/>
Plaque/Stain Removal	<input type="checkbox"/>
Tissue Management	<input type="checkbox"/>

D.

EXAMINER #

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

CITA Use Only. Leave Blank!

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

TEST SITE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

SESSION ID