

Name: _____

Date: _____

Dental

K M Q B C G T X T Z T O O T H P A S T E T M K A
U C A V I T Y I S M G Y T N Y W P C H O K Z B D
C W X Q Z R L K X S C S C S N A I M L U K P D H
W D E P D X N X E V O A E F I F T A C D L R T J
D Q J B Z B E N L Z V L P A O T V T H D H U A C
C L N V R V F S Y V A K F T J O N D A V O R X O
F C S A I S E D W B L E T L A E X O Q M J Q R B
V T C D Q R H H X I A Q V W A G D Q D O F L O P
V E O A U W T W G P S A E F E T P V X O A Q M Q
S R D T R E B J L B W D F R K A N P Y S H Z F G
G M N I E V V L V O E N O I J J V E U O Z T X X
H E X T F N L T W N I T T M Q A L R D U H R R J
D G H P C Q P Y V I G G M Y T O M G C M M A G O
F Y Y F I L L I N G S X P K S E U F I C Y A L D
Q S K I L A N A C T O O R Y O M E V I S Z V S C
I E J D D K T P I U P E A L A I R T R A I M G G
Y F F M D N L M I R B R G P X E G J H C R X C S
U Z U D C K O R A L S U R G E R Y Q W Q V O I W
W Z E T V L R F D P U Y K B A Y Z N A U A L Y L
U T S I T N E D I G H B D W W P H Y G E N I S T
J H I P U S F M N R S T X M Y R J J E V P L F J
S G E E M P Y O T O O T H B R U S H N J Y E D Z
R N O V H V P D R V B E T E N C P D I D R E S Y
U Y H L Z P J D F W M P F X N T O L F Q D J T Y

Wisdom teeth
Tooth paste
Dentures
Braces
Cap

Dental Floss
Toothbrush
Hygenist
xrays
Gum

Oral Surgery
Root Canal
Dentist
Mouth

Orthodontist
Fillings
Cavity
Teeth