

**Anlage 2: Formblatt, auch als Beitrag zum Pflegeplan:
Zahnärztliche Information und Pflegeanleitung**

Vorname, Nachname

Einrichtung

Datum der Untersuchung

Status

Befund/Versorgung

Oberkiefer

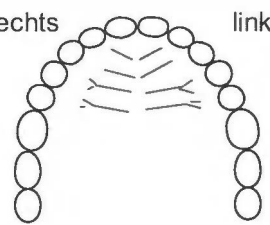
rechts links

Totalprothese

Teilprothese

Beläge rechts

Beläge links



Unterkiefer

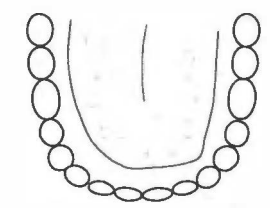
Totalprothese

Teilprothese

Beläge rechts

Beläge links

rechts links



Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein

Zustand Pflege

Zähne ☺ ☹ ☹

Schleimhaut/
Zunge/Zahnfleisch ☺ ☹ ☹

Zahnersatz ☺ ☹ ☹

Bedarf

Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege

Keine Teil Voll

Pflegebedarf

Zähne reinigen (2 x/Tag)

Bürste Hand

Bürste elektrisch*

Dreikopfbürste*

Fluoridzahnpaste (2 x/Tag)

Zahnzwischenräume reinigen (1 x/Tag)

Mundschleimhaut reinigen (1 x/Tag)

Zunge reinigen (1 x/Tag)

Prothese(n) reinigen (2 x/Tag)

Speichelfluss fördern

Spüllösung _____ x/Tag

Sonstiges _____ x/Tag

Behandlungsbedarf

Füllung

Zahnfleisch/Mundschleimhaut

Zahntfernung

Zahnersatz

Sonstiges _____

Koordination

Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit

Bewohner Betreuer

Angehörige Hausarzt

Pflege Hauszahnarzt

Apotheker

Sonstige _____

Wo soll Behandlung erfolgen

Pflegeeinrichtung

Zahnarztpraxis _____

Andernorts _____

Behandlung in Narkose

Krankenfahrt/-transport erforderlich

Behandlungseinwilligung ist erfolgt

Ja Nein

Besonderheiten/Anmerkungen

Unterschrift Zahnarzt _____

* Empfehlung zur effektiven und effizienten Umsetzung. Bestehende Regelungen zur Kostentragung der Maßnahmen bleiben unberührt