

Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen

(auch als Beitrag zum Pflegeplan sowie für die vertragszahnärztliche Dokumentation)

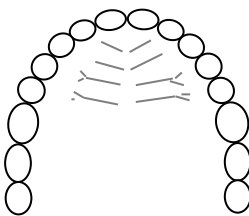
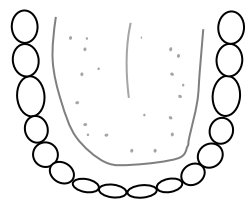
Vorname, Nachname _____

Ausgehändigt an _____

Datum der Untersuchung _____

Status

Befund/Versorgung

| | | |
|--------------------|---|-------|
| Oberkiefer | rechts | links |
| Totalprothese |  | |
| Teilprothese | | |
| _____ | | |
| Beläge rechts | | |
| Beläge links | | |
| Unterkiefer | rechts | links |
| Totalprothese |  | |
| Teilprothese | | |
| _____ | | |
| Beläge rechts | | |
| Beläge links | | |

Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein

Zustand Pflege

| | | | |
|-----------------------------------|---|---|----|
| Zähne | 😊 | 😐 | ☹️ |
| _____ | | | |
| Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch | 😊 | 😐 | ☹️ |
| _____ | | | |
| Zahnersatz | 😊 | 😐 | ☹️ |
| _____ | | | |

Mundgesundheitsplan

Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege

Keine Teilweise Vollständig

Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen*

Zähne reinigen (2-mal am Tag)
 Bürste Hand
 Bürste elektrisch
 Dreikopfbürste

Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag)
 Fluoridgel (1-mal je Woche)
 Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag)
 Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag)
 Zunge reinigen (1-mal am Tag)
 Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag)
 Speichelfluss fördern

Spüllösung _____ -mal am Tag

Ernährung _____

Sonstiges _____

Behandlungsbedarf

Füllung _____

Zahnfleisch/Mundschleimhaut _____

Zahntfernung _____

Zahnersatz _____

Sonstiges _____

Koordination

Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit

| | |
|-----------------------------|------------------|
| Patient | Rechtl. Betreuer |
| Angehörige | Hausarzt |
| Pflege-/Unterstützungspers. | Anderer Zahnarzt |
| Apotheker | |
| Sonstige | _____ |

Wo soll Behandlung erfolgen

Zahnarztpraxis _____

Pflegeeinrichtung _____

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