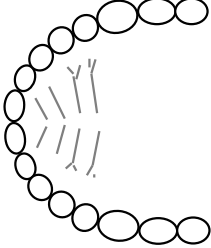
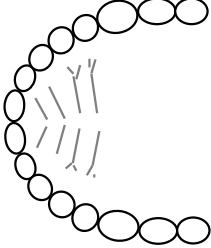
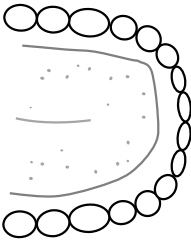


Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen

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

Vorname, Nachname _____	Ausgehändig an _____	Datum der Untersuchung _____
Status		
Befund/Versorgung Oberkiefer Totalprothese <input type="checkbox"/> rechts Teilprothese <input type="checkbox"/> links _____ Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/>	rechts links 	links 
Unterkiefer Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> _____ Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/>	rechts links 	links Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein
Zustand Pflege		
Zähne 😊 😐 ☹️ _____ Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch 😊 😐 ☹️ _____ Zahnersatz 😊 😐 ☹️ _____		
Mundgesundheitsplan		
Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/>		
Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen* Zähne reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Bürste Hand <input type="checkbox"/> Bürste elektrisch <input type="checkbox"/> Dreikopfbürste <input type="checkbox"/> Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Fluoridgel (1-mal je Woche) <input type="checkbox"/> Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Zunge reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Speichelfluss fördern <input type="checkbox"/> Spüllösung _____ -mal am Tag Ernährung _____ Sonstiges _____		
Koordination		
Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit Patient <input type="checkbox"/> Rechl. Betreuer <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Pflege-/Unterstützungspers. <input type="checkbox"/> Anderer Zahnarzt <input type="checkbox"/> Apotheker <input type="checkbox"/> Sonstige _____		
Wo soll Behandlung erfolgen Zahnarztpraxis _____ <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung _____ <input type="checkbox"/> Andernorts _____ Behandlung in Narkose <input type="checkbox"/> Krankenfahrt/-transport erforderlich <input type="checkbox"/>		
Behandlungseinwilligung ist erfolgt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Besonderheiten/Anmerkungen _____ _____ _____ _____		
Unterschrift Zahnarzt _____		

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