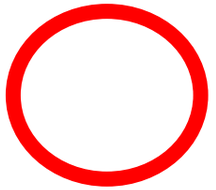
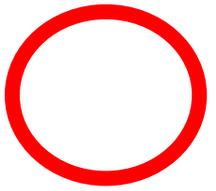
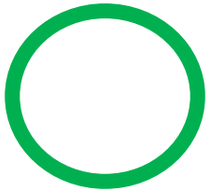
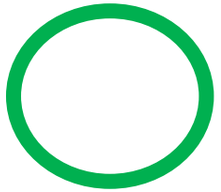
Name	**Bewohnerin/Bewohner**	**Kontaktdaten**	**Zahnärztin/Zahnarzt**

	Wohneinrichtung/Pflegeheim	**→ Zahn-/Mundhygiene**		**Homedent**	**→ Ergebnis nach Vorsorgetermin**
	Mund/Zähne/Prothesen reinigen …	Oberkiefer Prothese ☐ Oberkiefer eigene Zähne ☐ Unterkiefer Prothese ☐ Unterkiefer eigene Zähne ☐		→ **Patient benötigt Praxisbehandlung** ↓ info@homedent.de Wir organisieren den Transport für Sie!	→ Aufklärung durch homedent über notwendige zahnärztl. Behandlung ↓
	→ **nur durch Pflegepersonal** Benötigen Sie Hilfe? Bitte sprechen sie uns gerne an!	<u>Prothesen nachts im Mund</u> Nein ☐ Ja ☐ Bemerkungen:			
	→ **mit Unterstützung des Pflegepersonals**			→ **Patient benötigt Vor-Ort-Behandlung** Wir kümmern uns für Sie!	<u>Zustimmung Patient</u> ☐ durchführen ☐ weitere Info benötigt ☐ abgelehnt
	→ **selbständig möglich** 	Letzte Aktualisierung (Bonusheft) Datum: _____		→ **Patient benötigt keine Behandlung** 	