

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

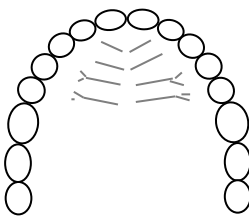
Oberkiefer rechts links

Totalprothese

Teilprothese

Beläge rechts

Beläge links



Unterkiefer

Totalprothese

Teilprothese

Beläge rechts rechts links

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)

Zahzwischenräume 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