



Elena van der Heijden, Elmar Ludwig, Siri Nitschke, Cornelius Haffner, Dirk Bleiel, Angela Stillhart, Ina Nitschke

Formulare für die aufsuchende Betreuung

Eine Übersicht

Die aufsuchende Betreuung kann viele Facetten haben und daher für jede Praxis sehr unterschiedlich ablaufen. Dabei macht es einen Unterschied, ob die aufsuchende Betreuung als ein Hausbesuch angefragt wird oder ob es sich um einen immer wiederkehrenden Besuch in einer Pflegeeinrichtung handelt.

Bei der Aufnahme in die Senioreneinrichtung werden neue Bewohnende gefragt, ob sich die Einrichtung um die Inanspruchnahme des Bewohners

für eine zahnärztliche Untersuchung kümmern soll oder nicht. Wenn ja, dann finden die darauf folgenden zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen und Behandlungen im Rahmen der Absprachen zwischen der Senioreneinrichtung und der Zahnarztpraxis statt.

Ein Hausbesuch der aufsuchenden Betreuung findet statt, wenn der Zahnarzt mit seinem Team die Patienten zu Hause betreut.

Abbildung 1 gibt einen Überblick über hilfreiche Formulare, für die aufsuchende Betreuung. Sie sind als Hilfe für Zahnärzte, die mit der aufsuchenden Betreuung beginnen, gedacht und zeigen, wie die Zusammenarbeit zwischen den Zahnärzten und den Senioreneinrichtungen/Pflegediensten gestaltet werden könnte. Jede Praxis kann die Formulare an die eigenen Bedürfnisse und Abläufe anpassen.

Kontakt zum Hausarzt	Hausbesuch ambulante Pflege	Formular mit Inhalt	Pflegeeinrichtung	Praxis
	✓	1 Dokumentation der Anforderung eines zahnärztlichen Besuches	✓	
✓		2 Brief an den Hausarzt zur Anfrage nach Diagnose- und Medikamentenliste		
✓		3 Brief an den Hausarzt mit der Frage nach medizinischen Besonderheiten		
		4 Brief an Pflegeeinrichtung als 1. Kontaktaufnahme	✓	
		5 Brief an die Einrichtung zur Anfrage nach Diagnose- und Medikamentenliste	✓	
	✓	6 Notfallanmeldung – Zahnmedizin	✓	
	✓	7a Mundhygiene – Kurzaufnahmebogen (von Pflege an Zahnarzt)	✓	
	✓	7b Mundhygiene – Kurzaufnahmebogen (von Pflege an Zahnarzt und dann von Zahnarzt an Pflege)	✓	
	✓	7c Mundhygiene – Pflegeampel	✓	
		8 Dokumentation bei Reihenuntersuchung		✓
✓	✓	9 Information an die Pflege/Angehörige/Arzt nach einer zahnärztlichen Behandlung	✓	
	✓	10 Information zur zahnärztlichen Weiterbehandlung nach erfolgter Kostengenehmigung	✓	
		11 Versäumte zahnärztliche Kontrolluntersuchung bei Reihenuntersuchung	✓	
		12 Checkliste zum Packen für Einsatz „Untersuchung ohne Behandlung“		✓
		13 Checkliste zum Packen für Einsatz „Behandlung“		✓
		14 Zahnärztlicher Anamnesebogen für Senioren		✓
	✓	15 Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlung für Versicherte/Pflege oder Unterstützungspersonen (offizielles Blatt der KZBV für gesetzlich Versicherte)	✓	

Abb. 1 Formulkompass: Aufsuchende Betreuung.

Stempel / Einrichtung / Pflegedienst



Formular 1

Das Formular „Dokumentation der Anforderung eines zahnärztlichen Besuches und des Besuches bei Beschwerden im Mund“ wird von der Pflegeeinrichtung oder einem mobilen Pflegedienst bei Beobachtung einer Komplikation im Mundbereich per Fax an den Zahnarzt übermittelt.

Dokumentation der Anforderung eines zahnärztlichen Besuches und des Besuches bei Beschwerden im Mund

Patient: _____ geb. _____ ggf. Zimmer: _____

Von Pflege auszufüllen	Anforderung Datum: _____ Uhrzeit: _____	
Was ist das Problem?		
	Name (gut lesbar, bitte)	Telefon
Anforderung wer? (inkl. Einrichtung/Adresse)		
Ansprechpartner Pflege		
Gesetzlicher Betreuer		
Angehöriger		
Hausarzt		
Hauszahnarzt		
Mobilität	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> Stöcke <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> liegend	

Rückruf des Zahnarztes, Absprache _____

Vom Zahnarzt auszufüllen	Besuch Datum: _____ Uhrzeit: _____	
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Kooperationsfähigkeit	<input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> +/- <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> --	
Gewicht	kg	BMI = $\frac{\text{Gewicht}}{\text{Größe}^2}$ _____ kg/m ²
Größe	m	
Ausweis Merkzeichen	<input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> H	
Anwesende Person (Name/Tel.)		
Bemerkungen		



Befund

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
01																
01																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Allgemeinerkrankungen, Allergien, Medikamente? _____
 Diagnose _____
 Therapie _____
 Mundgesundheitsstatus/individueller Plan
 Mundgesundheitsaufklärung
 Bemerkungen _____

Das Formular 1 steht Ihnen unter www.quintessenz.de/szm318_s170 zum Download zur Verfügung.





Deutsche Gesellschaft
für AlterszahnMedizin



Formular 2

Das Formular „Brief an den Hausarzt zur Anfrage nach Diagnose- und Medikamentenliste“ dient der Abfrage wichtiger gesundheitlicher Informationen, die bei der zahnmedizinischen Behandlung berücksichtigt werden sollen.

Anschrift des Arztes

Stempel / Zahnarzt

Sehr geehrte Frau Kollegin,
Sehr geehrter Herr Kollege,

wir behandeln Ihre Patientin/Ihren Patienten zahnmedizinisch

_____, geb. _____
(Name und Geburtsdatum)

(Adresse)

Wir möchten Sie bitten, uns Folgendes zukommen zu lassen:

- Diagnoseliste
 Medikamentenliste
 Sonstiges: _____

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung und stehen für Fragen gern zur Verfügung.

Bitte an _____ faxen.

oder

Bitte mailen an: _____

Eine Einverständniserklärung des Patienten zum gegenseitigen Datenaustausch liegt uns vor.

Mit kollegialen Grüßen

Datum _____ Unterschrift _____
(Zahnarzt/-ärztin)

Formular 2 12/2018 Formularempass der DGAZ©



Das Formular 2
steht Ihnen unter
www.quintessenz.de/szm318_s171
zum Download zur
Verfügung.



Deutsche Gesellschaft
für AlterszahnMedizin



Anschrift des Arztes

Stempel / Zahnarzt

Formular 3

Das Formular „Brief an den Hausarzt mit der Frage nach medizinischen Besonderheiten“ dient der Abfrage wichtiger Hinweise aus ärztlicher Sicht, die für die Weiterbehandlung relevant sein können.

Sehr geehrte Frau Kollegin,
Sehr geehrter Herr Kollege,

wir planen bei Ihrer Patientin/Ihrem Patienten

_____, geb. _____
(Name und Geburtsdatum)

(Adresse)

einen zahnärztlichen Eingriff:

Extraktion

Wurzelspitzenresektion

Sonstiges: _____

Ist bei der/dem Patientin/Patienten eine antibiotische Abschirmung dafür notwendig?

nein ja

Soll der Blutverdünner _____ vor dem Eingriff abgesetzt werden?

(Name)

nein ja Wenn ja, wie viele ____ Stunden / ____ Tage vorher?

Wir müssen eine Lokalanästhesie vornehmen.

Dieses würde in der Regel mit _____ durchgeführt.

(Name des Anästhetikums)

Spricht die kardiale Situation gegen die Verwendung des Anästhetikums?

nein ja

Gibt es weitere Hinweise zu bedenken?

nein ja Wenn ja, welche? _____

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung.

Bitte an _____ faxen.

Eine Einverständniserklärung des Patienten zum gegenseitigen Datenaustausch liegt uns vor.

Mit kollegialen Grüßen

Datum _____ Unterschrift _____
(Zahnarzt/-ärztin)

Formular 3 12/2018 Formularkompass der DGAZ©



Das Formular 3
steht Ihnen unter
www.quintessenz.de/szm318_s172
zum Download zur
Verfügung.





Titel und Name des Zahnarztes
 Adresse der Praxis
 Telefon
 Telefax
 E-Mail

Formular 4

Das Formular „Brief an die Einrichtung als 1. Kontaktaufnahme“ mit dem Vorschlag einer Zusammenarbeit zwischen dem Zahnarzt und der Pflegeeinrichtung.

Adresse der Einrichtung

Ort, Datum

Brief an Pflegeeinrichtung als 1. Kontaktaufnahme

Sehr geehrte Frau Mustermann,
 sehr geehrte Damen und Herren,

verbunden mit herzlichen Grüßen will ich gerne auf diesem Wege das Angebot einer zahnärztlichen, wiederkehrenden Versorgung für die Bewohnerinnen und Bewohner in Ihrer Einrichtung skizzieren.

Die zahnärztliche Versorgung soll sich mit einem präventiven Ansatz an Ihre Bewohnerinnen und Bewohner richten. Folgende Leistungen können wir anbieten:

- Grund- und Eingangsuntersuchung
- Erstellung individueller Pflegeplan (ZIP)
- Reinigung von Zähnen und Zahnersatz (Entfernen harter und weicher Beläge)
- Koordinationsleistung Pflege/ Angehörige/ Hauszahnarzt bzw. Zahnarzt
- Wiederholung der Maßnahmen im 6-Monatsrhythmus
- zahnärztlicher Notdienst („Notdiensttelefon während der Praxissprechzeiten“)

Grundsätzlich sind wir der Meinung, dass auch die zahnärztliche Versorgung in das in Ihrem Haus bestehende Konzept zur haus- und fachärztlichen Versorgung eingebunden werden muss.

Das Angebot ist für die Bewohnenden zunächst kostenfrei, eine Abrechnung der Leistungen erfolgt – soweit möglich – gegenüber der jeweils betroffenen Krankenkasse in Kenntnis der Versicherungsdaten (KVK/EGK). Die individuelle und professionelle Zahnreinigung (PZR) ist nach SGB V keine Leistung, die durch die Krankenkasse übernommen wird, diese kann auf Wunsch ebenfalls angeboten werden.

Wünsche an die Hausleitungen und die Pflegekräfte sind mit der Kooperation aber auch verbunden.

Wir dürfen und wollen in die freie Arztwahl nicht eingreifen. Eine Bewerbung der Teilnahme an dem Programm durch die Hausleitungen wäre aber sinnvoll. Eine Weiterversorgung würde ggf. ohnehin der zuständige Hauszahnarzt übernehmen.

Es wäre wünschenswert, wenn wir regelmäßig einmal im Jahr im Rahmen einer hausinternen Fortbildung über das Thema Mundgesundheit in der Pflege referieren könnten. Hier geht es um einen kurzen Vortrag und ein Hands-on.

Die Veranstaltung richtet sich an die Pflegekräfte und auch an die interessierten Angehörigen und kann für die Teilnehmenden mit einem Zertifikat bestätigt werden.

Die individuelle Pflegeanleitung soll für alle – auch ggf. neue Pflegekräfte – in der Bewohnerakte hinterlegt und damit für alle zugänglich gemacht werden.

Ich freue mich auf eine enge und erfolgreiche Zusammenarbeit.

Herzliche Grüße, Ihr
 Dr. Max Mustermann

Formular 4 12/2018 Formularkompass der DGAZ©



Das Formular 4 steht Ihnen unter www.quintessenz.de/szm318_s173 zum Download zur Verfügung.





Anschrift der Einrichtung

Stempel / Zahnarzt

Sehr geehrte Frau Kollegin,
Sehr geehrter Herr Kollege,

wir behandeln Ihre Patientin/Ihren Patienten zahnmedizinisch

_____, geb. _____
(Name und Geburtsdatum)

(Adresse)

Wir möchten Sie bitten, uns Folgendes zukommen zu lassen:

- Diagnoseliste
 Medikamentenliste
 Sonstiges: _____

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung und stehen für Fragen gern zur Verfügung.

Bitte an _____ faxen.

oder

Bitte mailen an: _____

Eine Einverständniserklärung des Patienten zum gegenseitigen Datenaustausch liegt uns vor.

Mit kollegialen Grüßen

Datum _____ Unterschrift _____
(Zahnarzt/-ärztin)

Formular 5

Das Formular „Brief an die Pflegeeinrichtung zur Anfrage nach Diagnose- und Medikamentenliste“ dient (wie auch Formular 2) der Abfrage wichtiger gesundheitlicher Informationen, die bei der zahnmedizinischen Behandlung berücksichtigt werden sollen.



Das Formular 5 steht Ihnen unter www.quintessenz.de/szm318_s174 zum Download zur Verfügung.





Formular 6

Das Formular „Notfallanmeldung – Zahnmedizin“ ist eine Alternative zum Formular 1 und wird von der Senioreneinrichtung an den Zahnarzt per Fax oder per Email übermittelt.

Stempel / Einrichtung / Pflegedienst

Deutsche Gesellschaft
für AlterszahnMedizin



Notfallanmeldung – Zahnmedizin

Bitte das ausgefüllte Formular zusammen mit der aktuellen Diagnose- und Medikamentenliste faxen an _____ oder mailen an _____	
Name Patient/in (oder Etikett)	
Geburtsdatum	
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Kostenträger	<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> Selbstzahler
Name der anmeldenden Person <i>(bitte leserlich, Druckbuchstaben)</i>	<input type="checkbox"/> Arzt: _____ <input type="checkbox"/> Pflege: _____ <input type="checkbox"/> Angehörige _____
Rückruf Telefonnummer	erreichbar ab (Uhrzeit): _____ _____
Anmeldegrund	<input type="checkbox"/> Hauptproblem/ Ort: _____ _____ <input type="checkbox"/> akute Schmerzen, seit: _____ <input type="checkbox"/> Schwellung vorhanden, seit wann? _____ wo? _____ <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Allgemeinzustand/ Essverhalten: _____ _____
Zusätzliche Informationen zur allgemeinen Gesundheit	<input type="checkbox"/> Patient/-in äussert sich nicht adäquat <input type="checkbox"/> Allergien: _____ <input type="checkbox"/> MRSA/ESBL/andere Resistenzen <input type="checkbox"/> Infektionskrankheit: _____ <input type="checkbox"/> _____
Medikamente	<input type="checkbox"/> Blutverdünner (Antikoagulation) <input type="checkbox"/> Aspirin 100 <input type="checkbox"/> Marcoumar <input type="checkbox"/> Xarelto, Eliquis, Pradaxa oder andere <input type="checkbox"/> Plavix, Aspirin 500, Clopidogrel <input type="checkbox"/> Wirkstoffgruppe Heparine <input type="checkbox"/> Bisphosphonate/antiresorptive Therapie: Dauer von – bis: _____ Darreichungsform u. Dosierung: _____ <input type="checkbox"/> _____
Besonderheiten	<input type="checkbox"/> Endokarditis-Prophylaxe nötig vor der Behandlung <input type="checkbox"/> Prämedikation nötig vor der Behandlung <input type="checkbox"/> _____
Datum / Unterschrift <i>(bitte leserlich, Druckbuchstaben)</i>	



Das Formular 6 steht Ihnen unter www.quintessenz.de/szm318_s175 zum Download zur Verfügung.



Formular 6/1 12/2018 Formularkompass der DGAZ©

Notfallanmeldung — Zahnmedizin (Fortsetzung)

Adresse zuständiger Arzt	Name: _____ Adresse: _____ Telefon: _____
Adresse Rechnungsadresse (<input type="checkbox"/> Patient)	Vorname: _____ Nachname: _____ Adresse: _____ Telefon: _____
Adresse gesetzliche Vertretung (<input type="checkbox"/> kein Vertreter)	<input type="checkbox"/> Betreuer Vorname: _____ Nachname: _____ Adresse: _____ Telefon: _____
Angaben zum Einsatzort	Parkplatz <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden Stockwerk: _____ Zimmer-Nr: _____ Abteilung: _____ Aufzug <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Idealer Besuchszeitraum (Uhrzeit von – bis)	

Einsatz geplant am: _____



Formular 7a

Das Formular „Mundhygiene – Kurzaufnahmebogen (von Pflege für den Zahnarzt)“ wird von der Pflegeeinrichtung oder einem mobilen Pflegedienst bei Aufnahme eines Pflegebedürftigen per Fax an den für die Senioreneinrichtung oder den Pflegedienst zuständigen Zahnarzt übermittelt. Über den Kurzaufnahmebogen erhält der zuständige Zahnarzt eine erste Orientierung über die Zahn- und Mundgesundheit des neuen Bewohnenden.

Stempel / Einrichtung / Pflegedienst

Kurzaufnahmebogen von Pflege für den Zahnarzt

Patient: _____ geb. _____ Zimmer: _____

	Name	Telefon		
Gesetzlicher Betreuer				
Hauszahnarzt bzw. letzter Zahnarztbesuch bei				
Letzte zahnärztliche Untersuchung erfolgte am				
		Ja	Nein	Teilweise
Betreuung durch Zahnarzt ist möglich?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eigene Zähne sind vorhanden?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Implantate sind vorhanden?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahnersatz festsitzend (Kronen/Brücken)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahnersatz abnehmbar (Prothesen)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prothesen- & Mundhygiene selbständig?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ja	Nein	Beim Hausarzt
Prothesen nachts im Mund belassen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bonusheft ist vorhanden?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantatpass ist vorhanden?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisherige Anwendung:				
Häufigkeit der täglichen Mundpflege				
Hilfsmittel:				
Häufigkeit der täglichen Zahnersatzpflege				
Hilfsmittel:				



Das Formular 7a steht Ihnen unter www.quintessenz.de/szm318_s177 zum Download zur Verfügung.



Datum _____ Name der Pflegekraft _____

Rückruf-Nummer _____



Formular 7b

Das Formular „Mundhygiene – Kurzaufnahmebogen (von Pflege an Zahnarzt, Zahnarzt an Pflege)“ wird vor dem Einsatz an die Senioreneinrichtung geschickt. Der Anamnese-Teil wird vor der aufsuchenden Betreuung vom Pflegepersonal ausgefüllt. So hat der Zahnarzt erste Informationen zur Mundhygiene. Der Teil mit den Empfehlungen wird vom behandelnden Zahnarzt nach seiner zahnärztlichen Untersuchung ausgefüllt und an die Einrichtung weitergeleitet.

Das Formular 7b steht Ihnen unter www.quintessenz.de/szm318_s178 zum Download zur Verfügung.

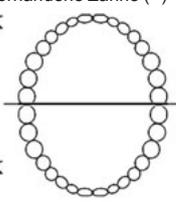
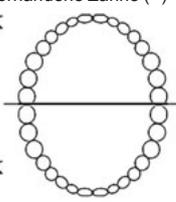
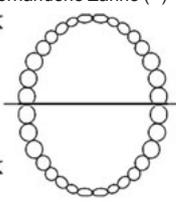
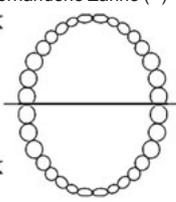
Stempel / Einrichtung / Pflegedienst



Anamnese zur Mundhygiene

Name PatientIn	
Geburtsdatum	
Pflege gibt Informationen an den Zahnarzt	
Status	Mundpflegeverantwortung
<input type="checkbox"/> eigene Zähne vorhanden <input type="checkbox"/> Oberkiefer-Prothese <input type="checkbox"/> wird getragen <input type="checkbox"/> wird nicht getragen Seit wann? _____ <input type="checkbox"/> Unterkiefer-Prothese <input type="checkbox"/> wird getragen <input type="checkbox"/> wird nicht getragen Seit wann? _____	<input type="checkbox"/> putzt selber ___x Mal pro Tag <input type="checkbox"/> es wird zusätzlich nachgeputzt <input type="checkbox"/> nur Fremdputzer
Probleme	Hilfsmittel
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Schmerzäußerung <input type="checkbox"/> Abwehr <input type="checkbox"/> braucht Hilfe bei der Ein-/und Ausgliederung <input type="checkbox"/> Veränderungen in letzter Zeit _____ _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Zahnpasta <input type="checkbox"/> Duraphat® Zahnpasta: ___ x Mal pro Tag <input type="checkbox"/> Handzahnbürste <input type="checkbox"/> elektrische Zahnbürste <input type="checkbox"/> 3-Kopf-Zahnbürste <input type="checkbox"/> Interdentalbürste <input type="checkbox"/> Zahnprothesen-Bürste <input type="checkbox"/> normale Zahnbürste (Prothese) <input type="checkbox"/> neutrale Seife <input type="checkbox"/> Reinigung mit Tabletten <input type="checkbox"/> Linderung von Mundtrockenheit <input type="checkbox"/> Gel <input type="checkbox"/> Spray
Weitere Informationen zum Punkt „Probleme“:	

Empfehlung für Mundhygiene

Datum	
Zahnarzt	
Zahnarzt gibt Informationen an die Pflege	
Status	Mundpflegebedarf
<input type="checkbox"/> vorhandene Zähne (●) OK  OK re  li UK  UK re  li <input type="checkbox"/> zahnlos <input type="checkbox"/> Oberkiefer-Prothese <input type="checkbox"/> Unterkiefer-Prothese	<input type="checkbox"/> ___x Mal pro Tag putzen <input type="checkbox"/> selber putzen <input type="checkbox"/> zusätzlich nachputzen <input type="checkbox"/> nur Fremdputzer _____
Hilfsmittel	
<input type="checkbox"/> Zahnpasta <input type="checkbox"/> Duraphat® Zahnpasta 5.000 ppm (Verschreibungspflicht): ___x Mal pro Woche <input type="checkbox"/> Handzahnbürste <input type="checkbox"/> elektrische Zahnbürste <input type="checkbox"/> 3-Kopf-Zahnbürste <input type="checkbox"/> Interdentalbürste (Größe: _____) <input type="checkbox"/> Zahnprothesen-Bürste <input type="checkbox"/> neutrale Seife <input type="checkbox"/> Wasser und Essig (1:1) bei Zahnstein <input type="checkbox"/> Prothesen nachts ausserhalb des Mundes trocken aufbewahren <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	
Hinweis für den Zahnarzt: _____	
Nächster Zahnarzttermin	

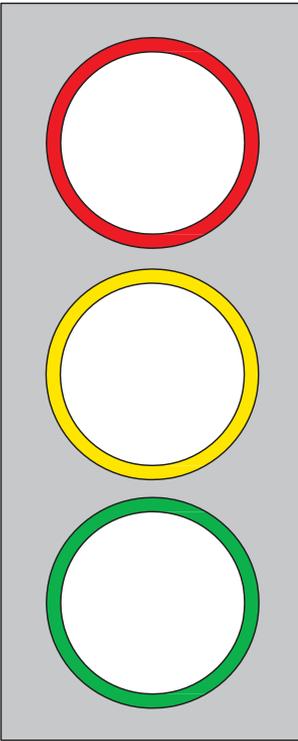


Das Formular 7c steht Ihnen unter www.quintessenz.de/szm318_s179 zum Download zur Verfügung.

Formular 7c

Das Formular „Mundhygiene – Pflegeampel“ wird zur Festlegung des Mundhygieneplans zusammen mit Pflegekräften ausgefüllt und im Bereich des Bewohners aufgehängt.



Name	Kontaktdaten Zahnarzt/-ärztin
	<p>Mund/Zähne/Prothesen reinigen...</p> <p>...nur durch unterstützende Person</p> <p>...mit Unterstützung</p> <p>...selbständig möglich</p> <p>Oberkiefer: <input type="checkbox"/> eigene Zähne <input type="checkbox"/> Prothese</p> <p>Unterkiefer: <input type="checkbox"/> eigene Zähne <input type="checkbox"/> Prothese</p> <p>Hilfsmittel:</p> <p><input type="checkbox"/> Zahnpasta</p> <p><input type="checkbox"/> Duraphat® Zahnpasta 5'000 ppm (Verschreibungspflicht): _____x Mal pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> Handzahnbürste</p> <p><input type="checkbox"/> elektrische Zahnbürste</p> <p><input type="checkbox"/> 3-Kopf-Zahnbürste</p> <p><input type="checkbox"/> Interdentalbürste (Größe: ____)</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige: _____</p> <p>OK UK</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prothese nachts ausserhalb des Mundes trocken aufbewahren</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prothese nachts im Mund belassen</p> <p><input type="checkbox"/> Zahnprothesen-Bürste</p> <p><input type="checkbox"/> neutrale Seife</p> <p>Bonusheft:</p> <p>letzte Aktualisierung:</p> <p>nächste Untersuchung:</p>

Stempel / Zahnarzt



Dokumentationsblatt Besuch – Reihenuntersuchung

Kurzbefund für Patient: _____ geb. _____ Zimmer: _____

Datum: _____	Uhrzeit: _____	Bs1-5														
		PBA1a/b														
		SP1a/b														
		PBa/b														
		WG 78	__/__/__													
Extraoraler Befund		(PB)Zst														
Lippen:	<input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> rissig <input type="checkbox"/> Rhagaden	Vipr														
Intraoraler Befund		PSI														
Schleimhäute:	<input type="checkbox"/> trocken Sonstiges: _____	Mu														
Zunge:	<input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> belegt Sonstiges: _____	sK														
Mundschleimhaut:	<input type="checkbox"/> entzündet generalisiert <input type="checkbox"/> entzündet lokal _____	üZ														
Gingiva:	<input type="checkbox"/> entzündet generalisiert <input type="checkbox"/> entzündet lokal _____	Exz2														
Verdacht auf Pilzkrankung:	<input type="checkbox"/> generalisiert <input type="checkbox"/> lokal _____	Ä70														
Beläge:	Art und Menge der Beläge:															
		weich	hart (Zst)													
Zähne		☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹													
Abnehmbarer Zahnersatz OK		☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹													
Abnehmbarer Zahnersatz UK		☺ ☹ ☹	☺ ☹ ☹													
TP = Teilprothese Tot = totale Prothese j = ja n = nein																
Zahnersatz	TP	Tot	getragen?	Druckstelle	Sonstiges:											
OK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> n	<input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> n												
UK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> n	<input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> n												
Zst <input type="checkbox"/> , Vipr <input type="checkbox"/> , PSI	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				sK _____, Mu _____, üZ <input type="checkbox"/> , Exz2 _____											
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
01																
01																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Diagnose: _____																
Therapie und weitere Maßnahmen:																
• _____																
• _____																
• _____																
		2. Besuch?														
		Dat:	Zeit													
		Bs1-5														
		PBA1a/b														
		SP1a/b														
		PBa/b														
		WG 78	__/__/__													



Das Formular 8 steht Ihnen unter www.quintessenz.de/szm318_s180 zum Download zur Verfügung.

Formular 9

Das Formular „Information zur durchgeführten Therapie und Behandlungsempfehlung“ dokumentiert der behandelnde Zahnarzt das Untersuchungsergebnis. Das Formular wird nach dem in der Senioreneinrichtung/ beim Hausbesuch erfolgten Einsatz vom behandelnden Zahnarzt ausgefüllt und an die Einrichtung/ Betreuer/ Angehörige abgegeben.

Stempel / Zahnarzt

Information zur durchgeführten Therapie und Behandlungsempfehlung

Information an die Pflege/Angehörige/Arzt nach einer zahnärztlichen Behandlung

Patient: _____ geb. _____ Zimmer _____

1. Durchgeführte Untersuchung, Prophylaxe und Therapie	
<input type="checkbox"/> Kontrolle/Befund <input type="checkbox"/> Zahn- und/oder Prothesenreinigung <input type="checkbox"/> Mundhygiene-/Pflegeempfehlung <input type="checkbox"/> Abgabe von Mundhygienehilfsmittel <input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> Prothesennachsorge <input type="checkbox"/> Füllung <input type="checkbox"/> Extraktion: _____ <input type="checkbox"/> Prothese Unterfütterung: <input type="checkbox"/> Oberkiefer <input type="checkbox"/> Unterkiefer <input type="checkbox"/> Prothese Reparatur: <input type="checkbox"/> Oberkiefer <input type="checkbox"/> Unterkiefer
2. Zeitnah zu beachten	
<input type="checkbox"/> Vorsicht, aufgrund der Anästhesie Verletzungsgefahr bis ca. _____ Uhr <input type="checkbox"/> Schmerzmedikation _____ <i>Bei zunehmenden Fieber, Schwellung oder Schmerzen nach Extraktion bitte beim Zahnarzt melden.</i>	Wiedervorstellung am _____ <input type="checkbox"/> Protheseneingliederung <input type="checkbox"/> Kontrolle der Druckstelle/n <input type="checkbox"/> Nahtentfernung/Wundkontrolle <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
3. Weiterer zahnmedizinischer Behandlungsbedarf	
<input type="checkbox"/> keine weitere Behandlung derzeit notwendig <input type="checkbox"/> konservierend <input type="checkbox"/> prothetisch <input type="checkbox"/> chirurgisch <input type="checkbox"/> Intensivfluoridierung	<input type="checkbox"/> einige Befunde konnten nicht erhoben werden, der aktuelle Befund ist demnach nicht abschließend <input type="checkbox"/> weitere Abklärungen sind notwendig <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
4. Anmerkungen	
<input type="checkbox"/> Es besteht ein potentielles Risiko für: <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Entzündungen <input type="checkbox"/> allgemeinmedizinische Komplikationen <input type="checkbox"/> Kiefernekrose durch z. B. Bisphosphonate <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Eine Behandlung ist beim jetzigen Gesundheitszustand noch möglich, später unter Umständen schwieriger, aufwendiger und aus medizinischer Sicht risikoreicher. <input type="checkbox"/> Die aktuelle Situation bedarf regelmäßiger Kontrollen und gegebenenfalls Anpassungen der Mundpflegehilfsmittel an das Fortschreiten der Erkrankungen und einen veränderten Pflegebedarf. <input type="checkbox"/> Die Herstellung oder Abänderung von Prothesen kann mit Problemen bei der Gewöhnung an den Zahnersatz verbunden sein. Die Prothese wird eventuell nicht getragen. Es können Druckstellen auftreten. <input type="checkbox"/> Es ist sinnvoll/hilfreich, für den weiteren Verlauf vorhandene Röntgenbilder beim bisherigen Zahnarzt anzufordern.	
5. Wir schlagen folgendes Vorgehen vor	
<input type="checkbox"/> regelmäßige Kontrolle und Zahnreinigung alle _____ Monate <input type="checkbox"/> Weiterbehandlung <input type="checkbox"/> Wir kümmern uns um: <input type="checkbox"/> Heil- und Kostenplan <input type="checkbox"/> nächsten Termin <input type="checkbox"/> weitere Abklärungen <input type="checkbox"/> Information/Rücksprache: <input type="checkbox"/> mit dem Arzt <input type="checkbox"/> Angehörige/Betreuer <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Ein Behandlungsbedarf wäre gegeben, die Behandlung ist aufgrund der aktuellen allgemeinmedizinischen Situation nicht möglich. Telefonnummer für Rücksprache: _____ <input type="checkbox"/> Es ist sinnvoll, eine Behandlung am Behandlungsstuhl zu versuchen, um eine Behandlung in Narkose und deren möglichen Folgen möglichst zu vermeiden. <input type="checkbox"/> Eine Behandlung ist nur in Narkose möglich. Weitere Absprachen mit dem behandelnden Arzt werden durch den Zahnarzt durchgeführt. Telefonnummer für Rücksprache: _____	
6. Kosten	
<input type="checkbox"/> Der Heil- und Kostenplan wird für Patienten erstellt und dann zur Genehmigung bei der Krankenkasse eingereicht. Es könnte sein, dass ein Rest der Kosten selbst übernommen werden muss. Über die mögliche Zuzahlungshöhe wurden Sie von uns informiert. Nach Erhalt der Kostengenehmigung erfolgt die Terminvereinbarung. Abänderungen bei verändertem Allgemeinzustand sind manchmal notwendig und möglich.	
Datum _____ Unterschrift Patient/Betreuer _____ Name in Druckbuchstaben _____	

Das Formular 9 steht Ihnen unter www.quintessenz.de/szm318_s181 zum Download zur Verfügung.



Stempel / Zahnarzt



Adresse des Empfängers

Patientenetikette

Formular 10

Das Formular „Information zur zahnärztlichen Weiterbehandlung nach erfolgter Kostengenehmigung“: Falls eine Weiterbehandlung erforderlich ist, wird das Formular vom Zahnarzt an die Senioreneinrichtung geschickt, um den Ablauf der Weiterbehandlung zu klären.

Informationen zur zahnärztlichen Weiterbehandlung nach erfolgter Kostengenehmigung

Für den oben benannten Patienten liegt eine Kostengenehmigung für eine zahnärztliche Weiterbehandlung vor.

1. Die Weiterbehandlung findet an folgendem Ort statt:

- Zuhause/Senioreneinrichtung
 in meiner Zahnarztpraxis

2. Für die Weiterbehandlung benötigen wir voraussichtlich ca. _____ Termine.

3. An wen sollten wir uns für eine Terminvereinbarung wenden?

- Pflegeperson Angehörige/r

Name: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

Erreichbarkeit (Wochentag, Uhrzeit): _____



Bitte informieren Sie die/den Angehörige/n, dass eine Weiterbehandlung ansteht.

Bitte das ausgefüllte Formular faxen an _____
oder mailen an _____

Falls Sie Fragen haben, wenden Sie sich an _____
(Name, Telefonnummer)

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Datum _____ Unterschrift _____
(Zahnarzt/-ärztin)

Das Formular 10 steht Ihnen unter www.quintessenz.de/szm318_s182 zum Download zur Verfügung.





Das Formular II steht Ihnen unter www.quintessenz.de/szm318_s183 zum Download zur Verfügung.

Formular 11

Das Formular „Versäumte zahnärztliche Kontrolluntersuchung bei Reihenuntersuchung“ wird gebraucht für die Auflistung der Patienten, die bei der routinemäßigen Kontrolluntersuchung im Rahmen der aufsuchenden Betreuung nicht erreicht worden sind. Die Mitarbeitenden der Senioreneinrichtung klären ab, ob ein zweiter Versuch unternommen werden soll oder nicht.



Stempel / Einrichtung

Stempel / Zahnarzt

Deutsche Gesellschaft
für AlterszahnMedizin



Versäumte zahnärztliche Kontrolluntersuchung

Datum der versäumten Kontrolluntersuchung: _____

Bei folgenden Personen konnte die zahnärztliche Untersuchung nicht durchgeführt werden. Bitte klären Sie, ob eine zeitnahe Untersuchung bei diesen Patienten durchgeführt werden sollte. **Bitte kreuzen Sie dies in der Tabelle an und geben Sie die Person an, die für einen Termin kontaktiert werden soll.**

Nr.	Name	Grund für Absage	2. Versuch		Kontaktperson Terminabsprache	
			Ja	Nein	Name	Telefon
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Bitte das ausgefüllte Formular faxen an _____ oder mailen an _____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!



Formular 12

Das Formular „Checkliste zum Packen der Materialien für Untersuchung (ohne Behandlung)“: Jedes Teil, das eingepackt wurde, kann abgehakt werden.

Das Formular 12 steht Ihnen unter www.quintessenz.de/szm318_s184 zum Download zur Verfügung.



Checkliste zum Packen der Materialien für mobile Reihenuntersuchung am _____ geplante Patientenzahl _____	
Verwaltung	Grundausrüstung/Hygiene
<input type="checkbox"/> Formulare für Dokumentation der Anforderung eines zahnärztlichen Besuches, Befunderhebung, Empfehlung an Pflegepersonal <input type="checkbox"/> Flyer für Angehörige <input type="checkbox"/> Mobiles Kartenlesegerät <input type="checkbox"/> Rezepte Kasse/Privat <input type="checkbox"/> Laborzettel/Labortüten <input type="checkbox"/> Stifte <input type="checkbox"/> _____ Patientenbezogen <input type="checkbox"/> Einverständnis? <input type="checkbox"/> Karteikarte <input type="checkbox"/> ggf. Röntgenbilder <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Patientenservietten & -ketten <input type="checkbox"/> Spiegel/Pinzette/Sonde <input type="checkbox"/> Nierenschale <input type="checkbox"/> Spritzen/Kanülen für Spülung <input type="checkbox"/> Spritzenabwurfbox <input type="checkbox"/> Klemme <input type="checkbox"/> große Sauger/Zahnbänkchen <input type="checkbox"/> Mundspatel <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Vaseline/Bepanthen-Salbe <input type="checkbox"/> H ₂ O ₂ /Kochsalz/Öl <input type="checkbox"/> CHX, Cervitec + Alkohol, Dynexan®, Dontisolon®, Duraphat® <input type="checkbox"/> Kältespray <input type="checkbox"/> _____
Schutzmassnahmen	
<input type="checkbox"/> Schutzbrille <input type="checkbox"/> Desinfektion – Hände & Flächen <input type="checkbox"/> Handschuhe (auch latexfrei) <input type="checkbox"/> Mundschutz <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Einmalhandtücher <input type="checkbox"/> Watterollen <input type="checkbox"/> Pellets (Watte/Schaumstoff) <input type="checkbox"/> Tupfer klein/groß <input type="checkbox"/> Bürstenbiopsie <input type="checkbox"/> _____
Prävention	
<input type="checkbox"/> Zahnseide/Floss <input type="checkbox"/> Einmalzahnbürste/Interdentalbürsten <input type="checkbox"/> Zahnprothesen-Bürste <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Taschenlampe/Stirnlampe <input type="checkbox"/> Ersatzbatterien <input type="checkbox"/> Fotoapparat <input type="checkbox"/> _____
Container zur Aufbewahrung benutzter Instrumente ggf. mobiler Motor – Handstück/Winkelstück	



Formular 13

Das Formular „Checkliste zum Packen der Materialien für die aufsuchende Betreuung (mit Behandlung)“: Jedes Teil, das eingepackt wurde, kann abgehakt werden.

Das Formular 13 steht Ihnen unter www.quintessenz.de/szm318_s185 zum Download zur Verfügung.



Checkliste zum Packen der Materialien für die mobile <u>Behandlung am</u> _____			geplante Patientenzahl _____
Verwaltung	Grundausrüstung/Hygiene	Konservierend	Zahnersatz
<input type="checkbox"/> Formulare für Dokumentation, Befunderhebung, Empfehlung an Pflegepersonal <input type="checkbox"/> Flyer für Angehörige <input type="checkbox"/> Mobiles Kartenlesegerät <input type="checkbox"/> Rezepte Kasse/Privat <input type="checkbox"/> Laborzettel/Labortüten <input type="checkbox"/> Stifte <input type="checkbox"/> _____ Patientenbezogen <input type="checkbox"/> Einverständnis? <input type="checkbox"/> Karteikarte <input type="checkbox"/> ggf. Röntgenbilder <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Patientenservietten & -ketten <input type="checkbox"/> Spiegel/Pinzette/Sonde <input type="checkbox"/> Nierenschale <input type="checkbox"/> Spritzen/Kanülen für Spülung <input type="checkbox"/> Spritzenabwurfbox <input type="checkbox"/> Klemme <input type="checkbox"/> große Sauger/Zahnbänkchen <input type="checkbox"/> Mundspatel <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Vaseline/Bepanthen-Salbe <input type="checkbox"/> H ₂ O ₂ /Kochsalz/Öl <input type="checkbox"/> CHX, Cervitec + Alkohol, Dynexan®, Dontisolon®, Duraphat® <input type="checkbox"/> Anästhesie mit/ohne Adrenalin <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Kältespray <input type="checkbox"/> PA-Sonde <input type="checkbox"/> Excavator (diagnostisch) <input type="checkbox"/> Scaler <input type="checkbox"/> Küretten <input type="checkbox"/> ggf. Polierbürstchen <input type="checkbox"/> ggf. Poliergummis <input type="checkbox"/> _____ Excavator <input type="checkbox"/> Kugelstopfer <input type="checkbox"/> Planstopfer <input type="checkbox"/> Heidemann <input type="checkbox"/> Cavit <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> ggf. Diamanten <input type="checkbox"/> ggf. Rosenbohrer <input type="checkbox"/> ggf. Polierer	<input type="checkbox"/> Zangen (Flach-, Aderer, Teleskopzange, Seitenschneider) <input type="checkbox"/> Okklusionsfolie & Halter <input type="checkbox"/> Material für Abformung/UF <input type="checkbox"/> Abformlöffel <input type="checkbox"/> Anmischbecher <input type="checkbox"/> Anmischblock & Anrührspatel <input type="checkbox"/> Glasplatte & Spatel, Zement (Harvard/Temp-Bond) <input type="checkbox"/> ggf. Fräsen/Diamanten <input type="checkbox"/> ggf. Polierer <input type="checkbox"/> _____
Schutzmaßnahmen <input type="checkbox"/> Schutzbrille <input type="checkbox"/> Desinfektion - Hände & Flächen <input type="checkbox"/> Handschuhe (auch latexfrei) <input type="checkbox"/> Mundschutz <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Einmalhandtücher <input type="checkbox"/> Watterollen <input type="checkbox"/> Pellets (Watte/Schaumstoff) <input type="checkbox"/> Tupfer klein/groß <input type="checkbox"/> Bürstenbiopsie <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Taschenlampe/Stirnlampe <input type="checkbox"/> Ersatzbatterien <input type="checkbox"/> Fotoapparat <input type="checkbox"/> _____	Prävention <input type="checkbox"/> Zahnseide/Floss <input type="checkbox"/> Einmalzahnbürste/ Interdentalbürsten <input type="checkbox"/> Zahnprothesen-Bürste <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	Chirurgie <input type="checkbox"/> OP-Tray (Schere, Scalpell, Raspa Klängen, scharfer Löffel, KH-Sonde...) <input type="checkbox"/> Zangen, Luer, Hebel <input type="checkbox"/> Hämostyptika <input type="checkbox"/> Naht (auch resorbierbar) <input type="checkbox"/> Streifen <input type="checkbox"/> Aureomycin <input type="checkbox"/> Luniatschek <input type="checkbox"/> Tranexamsäure <input type="checkbox"/> _____
Container zur Aufbewahrung benutzter Instrumente ggf. mobiler Motor – Handstück/Winkelstück			



Stempel / Zahnarzt



Formular 14

Das Formular „Zahnärztlicher Anamnesebogen für Senioren“ wird vom zuständigen Zahnarzt ausgefüllt. Der Anamnesebogen liefert dem Zahnarztteam relevante Informationen über die gesetzlichen Betreuungsverhältnisse, den allgemeinen Gesundheitszustand sowie die Zahn- und Mundgesundheit des Patienten. Die Angaben des Anamnesebogens unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Zahnärztlicher Anamnesebogen für Senioren

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient: _____ geb. _____

Anschrift: _____

Gesetzliche Betreuung/Angehörige

- Es besteht keine gesetzliche Betreuung
- Es besteht eine gesetzliche Betreuung
- Gesetzliche(r) Betreuer(in)
- Angehöriger

Name, Vorname _____ Name, Vorname _____

Adresse _____ Adresse _____

Telefon _____ Telefon _____

E-Mail _____ E-Mail _____

Pflegegrad kein 1 2 3 4 5

Arztkontakte:

Vorheriger Zahnarztbesuch

letzter Besuch (Monat/Jahr) __/__ letztes Röntgenbild (Monat/Jahr) __/__

Bonusheft vorhanden nicht vorhanden bei vorherigem Zahnarzt

Vorheriger Zahnarzt Name _____ Telefon _____

Adresse _____

Hausarzt Name _____ Telefon _____

Adresse _____



Ärztliche Diagnose- und Medikamentenliste

Diagnose- und Medikamentenliste

Diagnoseliste: mit Datum in der Praxis vorhanden mitgebracht

Medikationsplan: mit Datum in der Praxis vorhanden mitgebracht

Allgemeine Anamnese Teil 1

Größe _____ cm **Gewicht** _____ kg **Raucher(in)** nein ja, ___/d ___/py

Nierenfunktion normal reduziert (cave NSAR: schädlich, Antibiotika: mögliche Anreicherung)

Allergien nein ja _____

Endokarditisrisiko nein ja → **Antibiotikaphylaxe** nein ja

Antikoagulantien nein ja → ASS Clopidogrel Marcoumar

Bisphosphonate nein ja → Pradaxa®/Xarelto®/Eliquis® _____

oral Präparat _____ Intervall _____

i. v. Präparat _____ Intervall _____

Das Formular 14 steht Ihnen unter www.quintessenz.de/szm318_s186 zum Download zur Verfügung.





Formular 15

Das Formular „Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen“ dient der vertragszahnärztlichen Dokumentation sowie als Beitrag zum Pflegeplan.

Das Formular 15 steht Ihnen unter www.quintessenz.de/szm318_s189 zum Download zur Verfügung.



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 <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/> Unterkiefer Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/> rechts links <i>Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein</i>	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="radio"/> Bürste elektrisch <input type="radio"/> Dreikopfbürste <input type="radio"/> 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"/> Rechtl. Betreuer <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Pflege-/Unterstützungs- personal <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 _____
Zustand Pflege Zähne <input type="radio"/> 😊 <input type="radio"/> 😐 <input type="radio"/> ☹️ Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch <input type="radio"/> 😊 <input type="radio"/> 😐 <input type="radio"/> ☹️ Zahnersatz <input type="radio"/> 😊 <input type="radio"/> 😐 <input type="radio"/> ☹️	Behandlungsbedarf Füllung <input type="checkbox"/> Zahnfleisch/Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> Zahntentfernung <input type="checkbox"/> Zahnersatz <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ <input type="checkbox"/>	

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