

# 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**

Totalprothese

Teilprothese

Beläge rechts

Beläge links

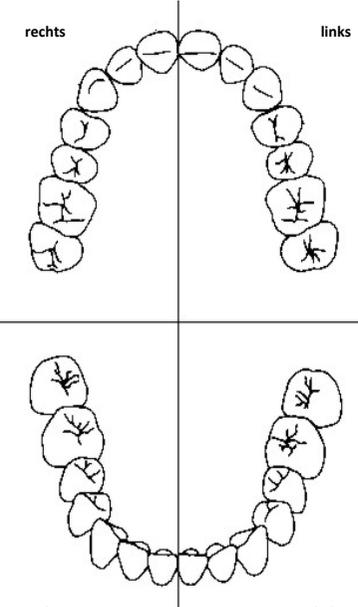
**Unterkiefer**

Totalprothese

Teilprothese

Beläge rechts

Beläge links



rechts 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- u. Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen**

Zähne reinigen (2 x /Tag)

Bürste Hand

Bürste elektrisch \*

Dreikopfbürste

Fluoridzahnpaste (2 x /Tag)

Fluoridgel (1 x /Woche)

Zahzwischenräume reinigen (1 x /Tag)

Mundschleimhaut reinigen (1 x /Tag)

Zunge reinigen (1 x /Tag)

Prothese(n) reinigen (2 x /Tag)

Speichelfluss fördern

Spüllösung \_\_\_\_\_ x /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 die Behandlung erfolgen**

Zahnarztpraxis \_\_\_\_\_

Pflegeeinrichtung \_\_\_\_\_

Andernorts \_\_\_\_\_

Behandlung in Narkose

Krankenfahrt/-transport erforderlich

**Behandlungseinwilligung ist erfolgt**

Ja  Nein

**Besonderheiten/Anmerkungen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stempel Zahnarzt \_\_\_\_\_

Unterschrift Zahnarzt \_\_\_\_\_

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