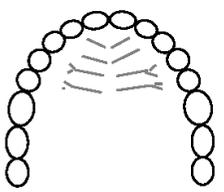
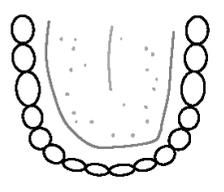


**Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen**

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

Vorname, Nachname	Ausgehändigt an	Datum der Untersuchung
<p><b>Status</b></p> <p><b>Befund/Versorgung</b></p> <p><b>Oberkiefer</b> <span style="float: right;">rechts      links</span></p> <p>Totalprothese <input type="checkbox"/></p> <p>Teilprothese <input type="checkbox"/></p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>Beläge rechts <input type="checkbox"/></p> <p>Beläge links <input type="checkbox"/></p> <p><b>Unterkiefer</b></p> <p>Totalprothese <input type="checkbox"/></p> <p>Teilprothese <input type="checkbox"/></p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>Beläge rechts <input type="checkbox"/> <span style="float: right;">rechts      links</span></p> <p>Beläge links <input type="checkbox"/> <span style="float: right;"><i>Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein</i></span></p>	<p><b>Mundgesundheitsplan</b></p> <p><b>Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege</b></p> <p>Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/></p> <p><b>Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen*</b></p> <p>Zähne reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Bürste Hand <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Bürste elektrisch <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Dreikopfbürste <input type="checkbox"/></p> <p>Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/></p> <p>Fluoridgel (1-mal je Woche) <input type="checkbox"/></p> <p>Zahzwischenräume reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/></p> <p>Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/></p> <p>Zunge reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/></p> <p>Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/></p> <p>Speichelfluss fördern <input type="checkbox"/></p> <p>Spüllösung _____ -mal am Tag</p> <p>Ernährung _____</p> <p>Sonstiges _____</p> <p><b>Behandlungsbedarf</b></p> <p>Füllung <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnfleisch/Mundschleimhaut <input type="checkbox"/></p> <p>Zahntfernung <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnersatz <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstiges _____ <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Koordination</b></p> <p><b>Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit</b></p> <p>Patient <input type="checkbox"/>      Rechtl. Betreuer <input type="checkbox"/></p> <p>Angehörige <input type="checkbox"/>      Hausarzt <input type="checkbox"/></p> <p>Pflege-/Unterstützungspers. <input type="checkbox"/>      Anderer Zahnarzt <input type="checkbox"/></p> <p>Apotheker <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstige _____</p> <p><b>Wo soll Behandlung erfolgen</b></p> <p>Zahnarztpraxis _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Pflegeeinrichtung _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Andernorts _____</p> <p>Behandlung in Narkose <input type="checkbox"/></p> <p>Krankenfahrt/-transport erforderlich <input type="checkbox"/></p> <p><b>Behandlungseinwilligung ist erfolgt</b></p> <p style="text-align: center;">Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p> <p><b>Besonderheiten/Anmerkungen</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Unterschrift Zahnarzt</b> _____</p>

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