

Zahnärztlicher Bericht

Erhebung Zahnstatus/Mundpflege

Personendaten

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Zahnarzt

Name

Letzter Zahnarztbesuch _____

Bisher behandelnder Zahnarzt kommt 1-mal im Jahr in die Einrichtung ja nein

Zahnstatus

- | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> eigene Zähne | <input type="checkbox"/> oben | <input type="checkbox"/> unten |
| <input type="checkbox"/> herausnehmbare Totalprothese | <input type="checkbox"/> oben | <input type="checkbox"/> unten |
| <input type="checkbox"/> herausnehmbare Teilprothese | <input type="checkbox"/> oben | <input type="checkbox"/> unten |
| <input type="checkbox"/> festsitzender Zahnersatz (Krone, Brücke) | <input type="checkbox"/> oben | <input type="checkbox"/> unten |
| <input type="checkbox"/> weder Zähne, noch Prothese | | |
| <input type="checkbox"/> Magensonde | | |

Hygiene und Pflege

Mund- und Zahnpflege

- selbständig teilweise selbständig unselbständig

Prothesenreinigung

- selbständig teilweise selbständig unselbständig

Prothesen werden nachts im Mund belassen

- ja nein

Hilfsmittel

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Handzahnbürste | <input type="checkbox"/> Elektrische Zahnbürste |
| <input type="checkbox"/> Prothesenzahnbürste | <input type="checkbox"/> Interdentalbürste |
| <input type="checkbox"/> Mundspüllösung | <input type="checkbox"/> Zungenschaber |
| <input type="checkbox"/> Zahnseide | <input type="checkbox"/> _____ |

Wünsche und Gewohnheiten bei der Zahn- und Mundpflege

Auswirkung auf Lebensqualität

1. Bestehen in letzter Zeit Schwierigkeiten mit den Zähnen oder der Prothese?

- ja, weiter mit 2. nein

2. Schwierigkeiten

- Kauen und Sprechen sind beeinträchtigt
- Prothesen sind locker
- Mund fühlt sich trocken an
- Schmerzen im Mundbereich, wo? _____
- _____

Ergänzungen

Ort, Datum

Stempel/Name und Anschrift Zahnarzt:

Unterschrift Zahnarzt

Unterschrift Vertreter des Bewohners