

 <p>... sicher und geborgen</p>	Handbuch Qualitätsmanagement Geltungsbereich: Pflege Screening/ Assessment bei Risiken und Erkrankungen im Mund - Formular	Pflege Kap. D.1.3.9.2
--	---	--------------------------------------

Name/ Vorname

Geburtsdatum

Wohnbereich

Status

- | | | |
|-------------|---------------------------------------|--|
| Oberkiefer | <input type="checkbox"/> Teilprothese | <input type="checkbox"/> Totalprothese |
| Unterkiefer | <input type="checkbox"/> Teilprothese | <input type="checkbox"/> Totalprothese |

Zustand/Pflege

Zähne			
Schleimhaut			
Zunge			
Zahnfleisch			
Zahnersatz			

Blutgerinnungshemmende Medikamente ja, welche nein

Ernährungsform

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> nasogastrale Sonde | <input type="checkbox"/> PEG | <input type="checkbox"/> zusätzliche Trinknahrung |
| <input type="checkbox"/> feste Speisen | <input type="checkbox"/> passierte Speisen | Dysphagiekost <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |

Unterstützung bei der Mund-, Zahn- und Prothesenpflege

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Teilweise | <input type="checkbox"/> Vollständig |
|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|

Mundgesundheitsplan zur Vorbeugung von Erkrankungen

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zunge reinigen (1x tägl.) | <input type="checkbox"/> Zähne reinigen (2x tägl.) | <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut reinigen (1x tägl.) |
| <input type="checkbox"/> Zahnzwischenräumen reinigen (1x tägl.) | <input type="checkbox"/> Prothese(n) reinigen (2x tägl.) | |

Mundspülösung x tägl.

Salbe/Tinktur für Mundschleimhaut x tägl.

Besteht Behandlungsbedarf durch einen Zahnarzt? ja nein

Angehörige/ Betreuer sind informiert? ja nein

Behandlungseinwilligung liegt vor? ja nein

Wo findet die Behandlung statt? im Heim in der Praxis

Krankentransport erforderlich? ja nein

Ort/ Datum

Unterschrift Wohnbereichsleitung

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.0	Januar 2022	Seite 1 von 1