

 <b>Handbuch Qualitätsmanagement</b>	<b>Screening/ Assessment bei Risiken und Erkrankungen im Mund - Formular</b>	<b>Kap.</b> <b>D.1.3.9.2</b>
--	--	---------------------------------

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 | <input type="checkbox"/> orale Ernährungsform     |
|   |  | Dysphagiekost                                     |
|   |  | <input type="checkbox"/> 1                        |
|   |  | <input type="checkbox"/> 2                        |
|   |  | <input type="checkbox"/> 3                        |
|   |  | <input type="checkbox"/> 4                        |

**Unterstützung bei der Mund-, Zahn- und Prothesenpflege**

- Keine     Teilweise     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? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein               |
| Angehörige/ Betreuer sind informiert?           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein               |
| Behandlungseinwilligung liegt vor?              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein               |
| Wo findet die Behandlung statt?                 | <input type="checkbox"/> im Heim <input type="checkbox"/> in der Praxis |
| Krankentransport erforderlich?                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein               |

Ort/ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Wohnbereichsleitung \_\_\_\_\_

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	Frau Kreutzer	2.0	August 2023	Seite 1 von 1