

Name/ Vorname _____
















Geburtsdatum _____

Wohnbereich _____

Status

Oberkiefer ☐ Teilprothese ☐ Totalprothese
 Unterkiefer ☐ Teilprothese ☐ Totalprothese

Zustand/Pflege

Zähne			
Schleimhaut			
Zunge			
Zahnfleisch			
Zahnersatz			

Blutgerinnungshemmende Medikamente ☐ ja, welche _____ ☐ nein

Ernährungsform

☐ nasogastrale Sonde ☐ PEG ☐ zusätzliche Trinknahrung ☐ orale Ernährungsform
☐ feste Speisen ☐ passierte Speisen Dysphagiekost ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Unterstützung bei der Mund-, Zahn- und Prothesenpflege

☐ Keine ☐ Teilweise ☐ Vollständig

Mundgesundheitsplan zur Vorbeugung von Erkrankungen

☐ Zunge reinigen (1x tägl.) ☐ Zähne reinigen (2x tägl.) ☐ Mundschleimhaut reinigen (1x tägl.)
☐ Zahnzwischenräumen reinigen (1x tägl.) ☐ Prothese(n) reinigen (2x tägl.)

Mundspüllösung _____ 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	Frau Kreutzer	2.0	August 2023	Seite 1 von 1