

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

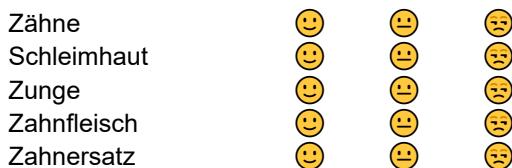
Name/ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wohnbereich \_\_\_\_\_

**Status**

- Oberkiefer       Teilprothese       Totalprothese  
Unterkiefer       Teilprothese       Totalprothese

**Zustand/Pflege**

**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.)

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     | Frau Kreutzer | 2.0     | November 2024 | Seite 1 von 1 |