

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

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	November 2024	Seite 1 von 1