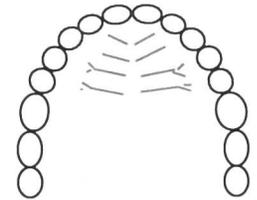


Anlage 2: Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen

(Vordruck 10 der Anlage 14a zum BMV-Z, auch als Beitrag zum Pflegeplan sowie für die vertragszahnärztliche Dokumentation)

Vorname, Nachname	Ausgehändigt an	Datum der Untersuchung
<p>Status</p> <p>Befund/Versorgung</p> <p>Oberkiefer rechts links</p> <p>Totalprothese <input type="checkbox"/></p> <p>Teilprothese <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Beläge rechts <input type="checkbox"/></p> <p>Beläge links <input type="checkbox"/></p>  <p>Unterkiefer</p> <p>Totalprothese <input type="checkbox"/></p> <p>Teilprothese <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Beläge rechts <input type="checkbox"/> rechts links</p> <p>Beläge links <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><i>Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein</i></p> 	<p>Mundgesundheitsplan</p> <p>Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/></p> <p>Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen*</p> <p>Zähne reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Bürste Hand <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Bürste elektrisch <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Dreikopfbürste <input type="checkbox"/></p> <p>Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag)</p> <p>Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/></p> <p>Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/></p> <p>Zunge reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/></p> <p>Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/></p> <p>Speichelfluss fördern <input type="checkbox"/></p> <p>Spüllösung _____ -mal am Tag</p> <p>Ernährung _____</p> <p>Sonstiges _____</p> <p>Behandlungsbedarf</p> <p>Füllung <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnfleisch/Mundschleimhaut <input type="checkbox"/></p> <p>Zahntfernung <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnersatz <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstiges _____ <input type="checkbox"/></p>	<p>Koordination</p> <p>Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit</p> <p>Bewohner <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/></p> <p>Angehörige <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/></p> <p>Pflege-/Unterstützungspers. <input type="checkbox"/> Anderer Zahnarzt <input type="checkbox"/></p> <p>Apotheker <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstige _____</p> <p>Wo soll Behandlung erfolgen</p> <p>Zahnarztpraxis _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/></p> <p>Andernorts _____</p> <p>Behandlung in Narkose <input type="checkbox"/></p> <p>Krankenfahrt/-transport erforderlich <input type="checkbox"/></p> <p>Behandlungseinwilligung ist erfolgt</p> <p style="text-align: center;">Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Besonderheiten/Anmerkungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Unterschrift Zahnarzt:</p>
<p>Zustand Pflege</p> <p>Zähne 😊 😐 😞</p> <hr/> <p>Schleimhaut/</p> <p>Zunge/Zahnfleisch 😊 😐 😞</p> <hr/> <p>Zahnersatz 😊 😐 😞</p>		

* Empfehlung zur effektiven und effizienten Umsetzung. Bestehende Regelungen zur Kostentragung der Maßnahmen bleiben unberührt