

## Befundformular zahnmedizinische Eintrittsuntersuchung

### Bewohnerin/Bewohner:

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Heim: \_\_\_\_\_

Zimmer: \_\_\_\_\_

Kostenträger: \_\_\_\_\_

### Kontakt Ärztin/Arzt:

Name: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

### Kontaktperson (Familie, Beistand):

Name: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Korrespondenzadresse: \_\_\_\_\_

Kommunikationsfähigkeit Patient/Patientin:  Ja  Nein  eingeschränkt

### Allgemeinmedizinische Risikofaktoren:

 Herzerkrankungen Diabetes Arthritis Neurodegenerative Erkrankung Antikoagulation Andere relevante Medikamente: \_\_\_\_\_

### Besondere Risiken/Massnahmen:

 Thrombozytenaggregationshemmer

### Fragen zur Mundgesundheit

Können Sie essen/kauen?

- Ja  
 Nein  
 eingeschränkt

Haben Sie Schmerzen?

- Ja  
 Nein

Mundpflege:

- selbständig  
 selbständig, überwacht durch Pflegefachperson  
 durch Pflegefachperson

Anzahl Mundpflege-Einsätze pro Tag: \_\_\_\_\_

Anzahl Zuckerimpulse pro Tag: \_\_\_\_\_

Anzahl Fluoridkontakte pro Tag: \_\_\_\_\_

### Zahnmedizinische Anamnese

Orale Schleimhaut:  Candida albicans  Andere: \_\_\_\_\_ Lokalisation: \_\_\_\_\_

Mundtrockenheit:  Ja  Nein

Schluckstörung:  keine bis leichte → Normalkost  
 Mittelschwer → weiche Kost  
 Schwer → behandelnden Arzt konsultieren

Halitosis:  deutlich (über der sozialen Verträglichkeit)

## Zahnstatus

Behandeln																
Beobachten																
In Ordnung																
Diagnose																
	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>
	<b>48</b>	<b>47</b>	<b>46</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>43</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>38</b>
Diagnose																
In Ordnung																
Beobachten																
Behandeln																

Diagnosen: P (Parodontitis, Periimplantitis), PA (Paroabszess), K (Karies), WK (Wurzelkaries), F (Fistel), FV (Füllungsverlust),  
 W (Wurzelrest)

Behandlungen: Ex, Kons, WB, SN (Silbernitrat), SDF (Silberdiaminfluorid)

- Oberkiefer Totalprothese     Oberkiefer Teilprothese  
 Unterkiefer Totalprothese     Unterkiefer Teilprothese

## Hygienezustand

### Zähne Oberkiefer:

- gut  
 mässig  
 ungenügend

### Zähne Unterkiefer:

- gut  
 mässig  
 ungenügend

### Prothese Oberkiefer:

- gut  
 mässig  
 ungenügend

### Prothese Unterkiefer:

- gut  
 mässig  
 ungenügend

## Prothesenzustand

### Prothesenzustand Oberkiefer:

- Prothese in Ordnung  
 Prothese mit Schäden, kann direkt behoben werden  
 Schäden, muss von Zahnarzt/Zahntechniker behoben werden  
 Neue Prothese nötig  
 nicht erhoben

### Prothesenzustand Unterkiefer:

- Prothese in Ordnung  
 Prothese mit Schäden, kann direkt behoben werden  
 Schäden, muss von Zahnarzt/Zahntechniker behoben werden  
 Neue Prothese nötig  
 nicht erhoben

## Weiterführende Massnahmen

Mundpflegemassnahmen:
  Professionelle Mundpflege vor Ort  
 Individuelle Mundpflegeverordnung → zusätzliches Formular  
 Instruktion Pflegepersonal mündlich: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Prothesenkarenz für \_\_\_\_ Tage \_\_\_\_\_ (OK/UK)

Therapeutische Massnahmen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Besonderes:	
Name und Praxisadresse Heimzahnärztin/Heimzahnarzt E-Mail/Telefonnummer Stempel:	
Datum und Unterschrift:	