

Selbstauftrag Heimzahnärztin/Heimzahnarzt

Name/Vorname: _____

Mund/Zähne/Prothese reinigen

Geburtsdatum: _____



... nur durch unterstützende Person

Heim: _____



... mit Unterstützung

Zimmer: _____



... selbständig möglich

Kostenträger: _____

Kontaktperson: _____

Ärztin/Arzt: _____

Eine zahnärztliche Behandlung ist:

- notwendig
- dringend (1 Monat)
- nicht dringend bis 3 Monate
- wünschenswert

Behandlung:

- Karies Zahn: _____
- Extraktion Zahn: _____
- Prothese: _____
- Anderes: _____

Behandlungslokalität:

- in Zahnarztpraxis, Patient/Patientin transportfähig
- im Heim, Patient/Patientin nicht transportfähig

Kostenvoranschlag an:

- Patient
- Sozialbehörde
- Beistandschaft
- Familie
- Bitte die Angehörigen informieren, dass eine Behandlung vorgesehen ist.

| | |
|-------------|--|
| Besonderes: | |
| Datum: | |