

Selbstauftrag Heimzahnärztin/Heimzahnarzt

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Heim: _____


Zimmer: _____


Kostenträger: _____

Kontaktperson: _____

Ärztin/Arzt: _____

Mund/Zähne/Prothese reinigen

 ... nur durch unterstützende Person

 ... mit Unterstützung

 ... selbständig möglich

Eine zahnärztliche Behandlung ist:

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

Behandlung:

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

Behandlungsort:

- 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:	