

Zahnärztlicher Bericht (Erhebung Zahnstatus und Mundpflege)
zur stationären Aufnahme in Altenpflegeheime der
 Altenhilfe der Evang. Stadtmission Heidelberg gGmbH

st. anna / wilhelm-frommel-haus

Plöck 6 + 45 | 69117 Heidelberg | Tel. 0 62 21-149 6 | Fax 0 62 21-149 777 | st.anna-frommel@stadtmission-hd.de

haus philippus

Zeppelinstr. 9 | 69121 Heidelberg | Tel. 06221-417 7 | Fax 06221/417 654 | juliane.hoevermann@stadtmission-hd.de + angelika.lesse@stadtmission-hd.de

haus stephanus

Platanenweg 2-4 | 69221 Dossenheim | Tel. 06221-86804 40 | Fax 06221-8680 455 | detlef.bodamer@stadtmission-hd.de

hanna und simeon heim

Bergstr. 36 | 69221 Dossenheim | Tel. 06221-86887 0 | Fax 06221-86887 10 | hannaundsimeon@stadtmission-hd.de

haus stammberg

Talstr. 184 | 69198 Schriesheim | 06203-696 0 | Fax 06203-696 66 | stammberg@stadtmission-hd.de

haus erlbrunner höhe

Panoramaweg 12 | 69259 Wilhelmsfeld | Tel. 06220-915433 0 | Fax 06220-915433 30 | erlbrunner-hoehe@stadtmission-hd.de

1. Vor- u. Zuname

2. Geburtsdatum

3. **Anschrift des Zahnarztes**

Name	Straße
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Letzter Zahnarztbesuch am

5. Bonusheft vorhanden ja nein

6. Bisher behandelnder Zahnarzt kommt einmal im Jahr in die Einrichtung ja nein

7. Bisher behandelnder Zahnarzt kommt bei Bedarf in die Einrichtung ja nein

8. Die Einrichtung wird gebeten, einen Zahnarzt zu beauftragen ja nein

9. Zahnstatus

<input type="checkbox"/> eigene Zähne	<input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> festsitzender Zahnersatz (Krone, Brücke)	<input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> herausnehmbare Totalprothese	<input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> weder Zähne, noch Prothese	<input type="checkbox"/> Magensonde	

10. Hygiene und Pflege

Mund- und Zahnpflege

selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig

Prothesenreinigung

selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig

Prothesen werden nachts im Mund belassen

ja nein

11. Hilfsmittel

<input type="checkbox"/> Handzahnbürste	<input type="checkbox"/> Elektrische Zahnbürste
<input type="checkbox"/> Prothesenzahnbürste	<input type="checkbox"/> Interdentalbürste
<input type="checkbox"/> Mundspüllösung	<input type="checkbox"/> Zungenschaber
<input type="checkbox"/> Zahnseide	<input type="checkbox"/> _____

12. Wünsche und Gewohnheiten bei der Zahn- und Mundpflege:

13. Auswirkungen auf die Lebensqualität:

a. Bestehen in letzter Zeit Schwierigkeiten mit den Zähnen oder der Prothese?

ja, weiter mit Punkt b. nein

b. Schwierigkeiten

Mund fühlt sich trocken an

Kauen und Sprechen sind beeinträchtigt

Prothesen sind locker

Schmerzen im Mundbereich, wo? _____

Sonstige Schwierigkeiten: _____

14. Ergänzungen:

15. Ort / Datum _____

Unterschrift des Zahnarztes

und / oder

Unterschrift des Antragstellers