LANDESZAHNÄRZTEKAMMER
BADEN-WÜRTTEMBERG
LZK Körperschaft des öffentlichen Rechts

KZV BW

Dokumentation Anforderung & Besuch

Anforderung

Anforderung wann / wer (+Tel) _____

Einrichtung / Adresse _____

ggf. Wohnbereich & Zi-Nr. _____

Name Patient (+Geb) _____

Was ist das Problem? _____

Mobilität ohne Einschränkung ☐ **Stöcke** ☐ **Rollator** ☐ **Rollstuhl** ☐ **liegend** ☐

Gesetzlicher Betreuer (+Tel) _____

Hausarzt (+Tel) _____

Hauszahnarzt (+Tel) _____

Rückruf ZA/ZÄ Datum / Procedere _____

Besuch

Besuch Datum / Uhrzeit _____ **KVK eingelesen** ☐

Anwesende Person (+Tel) _____

Kooperation (+ / 0 / -)

Größe ____ **Gewicht** ____

Pflegegrad __ **befristet?** ____ / **Eingliederungshilfe** ☐

Schwerbehinderten-Ausweis Merkzeichen aG / Bl / H

Bemerkungen _____

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
01																
01																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Diagnose / Therapie _____

Mundgesundheitsstatus/individueller Plan ☐ **Mundgesundheitsaufklärung** ☐

Allgemeinerkrankungen, Medikamente, Allergien? _____

Bemerkungen _____