

Zahnärztlicher Überleitungsbogen

Pflege

Einrichtung bzw. Adresse _____

Wohnbereich & Zi-Nr. _____ Datum _____

Patient (+Geb) _____

Was ist das Problem? _____

Ansprechpartner Pflege (+Tel) _____

Gesetzlicher Betreuer (+Tel) _____

Angehöriger (+Tel) _____

Hausarzt (+Tel) _____

Hauszahnarzt (+Tel) _____

Mobilität ohne Einschränkung **Rollator** **Rollstuhl** **liegend**

Kooperationsfähigkeit (+ / 0 / -) **Pflegegrad** __ **Eingliederungshilfe**

Größe _____ **Gewicht** _____ **Ausweis Merkzeichen aG / BI / H**

Bemerkungen _____

Zahnarzt

	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 _____

Allgemeinerkrankungen, Allergien, Medikamente? _____

Bemerkungen _____