

## Zahnärztlicher Aufnahmebogen

Einrichtung bzw. Adresse \_\_\_\_\_

Wohnbereich & Zi-Nr. \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

**Bewohner/Klient/Gast** \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Betreuer (Name, Telefon) \_\_\_\_\_

**Hauszahnarzt bzw. letzter Zahnarztbesuch bei... (Name, Telefon)**

\_\_\_\_\_

Betreuung durch Zahnarzt ist möglich?  Ja  Nein

**Letzte zahnärztliche Untersuchung erfolgte am** \_\_\_\_\_

Eigene Zähne sind vorhanden?  Ja  Nein

Implantate sind vorhanden?  Ja  Nein

Zahnersatz feststehend (Kronen/Brücken)?  Ja  Nein

Zahnersatz herausnehmbar (Prothesen)?  Ja  Nein

Prothesen- & Mundhygiene selbständig?  Ja  Nein  teilweise

**Empfehlungen zur täglichen Mundpflege**

\_\_\_\_\_

Hilfsmittel

\_\_\_\_\_

**Empfehlungen zur täglichen Zahnersatzpflege**

\_\_\_\_\_

Hilfsmittel

\_\_\_\_\_

**Prothesen nachts im Mund belassen?**  Ja  Nein

**Bonusheft ist vorhanden?**  Ja  Nein  beim Hauszahnarzt

**Implantatpass ist vorhanden?**  Ja  Nein  beim Hauszahnarzt