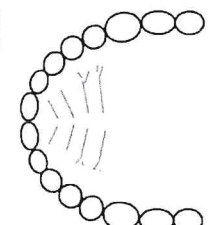
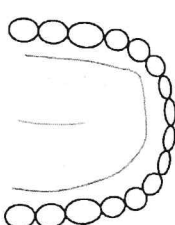


**Anlage 2: Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen**  
(Vordruck 10 der Anlage 14a zum BMV-Z, auch als Beitrag zum Pflegeplan sowie für die vertragszahnärztliche Dokumentation)

Vorname, Nachname	Ausgehändigt an	Datum der Untersuchung	
<b>Mundgesundheitsplan</b>			
Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/>			
Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen*			
Zähne reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Bürste Hand <input type="checkbox"/> Bürste elektrisch <input type="checkbox"/> Dreikopfbürste <input type="checkbox"/> Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Zunge reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Speichelfluss fördern <input type="checkbox"/> Spüllosung _____ -mal am Tag Ernährung _____ Sonstiges _____			
<b>Behandlungsbedarf</b> Füllung <input type="checkbox"/> Zahnfleisch/Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> Zahnentfernung <input type="checkbox"/> Zahnersatz <input type="checkbox"/> Sonstiges _____			
<b>Status</b>			
<b>Befund/Versorgung</b>			
Oberkiefer	rechts	links	
Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/>	Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/>		
Unterkiefer	rechts	links	
Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/>	Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/>		
Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein			
<b>Zustand Pflege</b>			
Zähne	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️
Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️
Zahnersatz	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️
<b>Koordination</b>			
Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit Bewohner <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Pflege-/Unterstützungspers. <input type="checkbox"/> Anderer Zahnarzt <input type="checkbox"/> Apotheke <input type="checkbox"/> Sonstige _____			
Wo soll Behandlung erfolgen Zahnarztpraxis _____ <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung _____ <input type="checkbox"/> Andernorts _____ Behandlung in Narkose <input type="checkbox"/> Krankenfahrt/-transport erforderlich <input type="checkbox"/>			
Behandlungseinwilligung ist erfolgt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Besonderheiten/Anmerkungen _____ _____ _____			
Unterschrift Zahnarzt: _____			

\* Empfehlung zur effektiven und effizienten Umsetzung. Bestehende Regelungen zur Kostentragung der Maßnahmen bleiben unberührt