

Eintrittserhebung zuhanden des Heimzahnarztes

Adresse Altersheim/Pflegezentrum :
(Stempel)

Datum:

Bewohner: Name Vorname

Geburts-Datum:

Rechnungsstellung an (Garant):

..... EL

Letzte zahnärztliche Untersuchung erfolgte am: **bei:**

Besuch der zahnärztlichen Praxis ist weiterhin möglich Ja Nein

Eigene Zähne sind vorhanden? Ja Nein

Implantate sind vorhanden? Ja Nein

Zahnersatz festsitzend (Kronen/Brücken)? Ja Nein

Zahnersatz herausnehmbar (Prothesen)? Ja Nein

Prothesen- & Mundhygiene selbständig? teilweise Ja Nein

Die oben erwähnte Person hat keinen Hauszahnarzt (mehr) und wird zur Zeit nicht zahnärztlich betreut. Sie erklärt sich einverstanden, durch den für das Altersheim/Pflegezentrum zuständigen Zahnarzt **in seiner Praxis** behandelt zu werden.

Die oben erwähnte Person hat keinen Hauszahnarzt (mehr) und wird zur Zeit nicht zahnärztlich betreut. Zudem ist sie weder geh- noch transportfähig. Sie wünscht sich eine der Situation angepasste zahnärztliche Betreuung mit Prophylaxe durch eine DH/PA im Heim.

Die oben erwähnte Person wünscht keine weitere zahnärztliche Betreuung. Sie nimmt zur Kenntnis, dass der Heimzahnarzt auch nicht für Notfall-Behandlungen zur Verfügung steht.

Ort, Datum: Unterschrift:
(Bewohner – Angehörige – Beistand)

