

Pflegeauftrag Dentalhygienikerin/ Prophylaxe-Assistentin SSO

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Heim: _____

Zimmer: _____

Mund/Zähne/Prothese reinigen

- ... nur durch unterstützende Person
- ... mit Unterstützung
- ... selbständig möglich

Prothese: <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>
Eigene Zähne: <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>

Mundhygiene:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> genügend	<input type="checkbox"/> ungenügend
Prothese Hygiene:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> genügend	<input type="checkbox"/> ungenügend

Auftrag

Restzähne: Zahnreinigung Fluoridbehandlung

Silbernitrat/Silberdiaminfluorid

Prothese: Reinigung Ultraschall

MH Instruktion Bewohner:

Instruktion Pflegende: eigene Zähne Prothese

Besonderes:	
Name und Praxisadresse Heimzahnärztin/Heimzahnarzt E-Mail/Telefonnummer Stempel:	
Datum und Unterschrift:	