

Zahnstatus

Name , Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Datum: _____ WB: _____

Hauszahnarzt (Name, Anschrift, Telefon):

Hausbesuch durch Zahnarzt möglich? Ja Nein
 Wenn Nein, Wechsel zum Kooperationszahnarzt erwünscht? Ja Nein
 Bonusheft vorhanden: Ja Nein beim Zahnarzt

letzter Zahnarztbesuch bei (Name, Anschrift, Telefon):

Datum des letzten Zahnarztbesuchs: _____

Eigene Zähne oben:
 Eigene Zähne unten:
 Keine Zähne
 Teilprothese oben:
 Teilprothese unten:
 Vollprothese oben:
 Vollprothese unten:
 Haftcreme: Ja Nein
 Prothesen- und Mundhygiene selbständig: Ja Nein
 Prothesen nachts im Mund belassen: Ja Nein

Mundpflege mit: _____

Zahnersatzpflege mit: _____

Unterschrift PFK: _____

Ersteller	Freigabe	Version	Gültig ab	Letzte Evaluation	Seite
QZ	EL	3	01.03.2018	02/2018	Seite 1 von 1