

## Individuelle Mundpflegeverordnung

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Heim: \_\_\_\_\_

Zimmer: \_\_\_\_\_

### Mund/Zähne/Prothese reinigen

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

### BEFUND

**OBERKIEFER:** Abnehmbarer Zahnersatz?  Ja  Nein

**UNTERKIEFER:** Abnehmbarer Zahnersatz?  Ja  Nein

### VERORDNUNG

**Aufbewahrung Zahnersatz nachts:**  im Mund  ausserhalb des Mundes

Reinigung Zähne	Reinigung Zahnersatz
<input type="checkbox"/> Handzahnbürste 2x pro Tag	<input type="checkbox"/> Prothesenbürste
<input type="checkbox"/> Elektrische Zahnbürste 2x pro Tag	<input type="checkbox"/> Wasser und neutrale Seife
<input type="checkbox"/> Zahnzwischenraumpflege 1x pro Tag Produkt: _____ Grösse: _____	<input type="checkbox"/> Desinfektion mit Reinigungstablette oder verdünntem Eau de Javel
<input type="checkbox"/> Fluoridhaltige Zahnpasta	<input type="checkbox"/> professionelle Reinigung im Zahnlabor
<input type="checkbox"/> Duraphat Zahnpasta 5000 ppm 1x pro Tag	
<input type="checkbox"/> Fluorid-Spülung ____x pro Woche	
<input type="checkbox"/> Chlorhexidin-Spülung für __Tage	
<input type="checkbox"/> Bikarbonat-Spülung 1x pro Tag	
<input type="checkbox"/> Zungenschaber 1x pro Tag	

**Mundtrockenheit:**  Mundspülung/-spray  Gel  andere

Professionelle Zahnreinigung im Abstand von \_\_\_\_\_ Monaten

Nächste Mundgesundheitskontrolle: \_\_\_\_\_

Besonderes:	
Name und Adresse Behandlerin/Behandler E-Mail/Telefonnummer Stempel:	
Datum und Unterschrift :	