

# Zahnarztpraxis Dr. Gregor Kendzia

Bahnhofstraße 41, 67136 Fußgönheim, Tel. (06237) 929033, info@dr-kendzia.de

## Zahnärztlicher Fragebogen für Bewohner(innen) von Pflegeeinrichtungen

Von der Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ)

---

### Stammdaten

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ)

Vorname \_\_\_\_\_ Geschlecht  männlich  weiblich

Straße \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Station/Stockwerk \_\_\_\_\_ Zimmer \_\_\_\_\_

Pflegestufe \_\_\_\_\_ Sozialstatus  allein  verheiratet  verwitwet  Kinder/ Familie

**Ansprechpartner Pflegeeinrichtung / Bezugspfleger(in)** (Name/ Telefon)

---

**Versichertenstatus**  GKV-Karte \_\_\_\_\_

Privat \_\_\_\_\_

Befreiungen (in Kopie beifügen) \_\_\_\_\_

---

### Gesetzliche Betreuung / Angehörige

Es besteht **keine** gesetzliche Betreuung.  Es besteht eine gesetzliche Betreuung.

Gesetzliche(r) Betreuer(in)  Angehöriger  Rechnungsempfänger

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fax \_\_\_\_ / \_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

---

### Arztkontakte

**Letzter Zahnarzt** Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

letzter Besuch (Monat/ Jahr) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ letztes Röntgenbild (Monat/ Jahr) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Bonusheft  vorhanden  nicht vorhanden  beim Hauszahnarzt

**Hausarzt** Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

### Facharzt (bei laufender Krebstherapie oder Dialyse)

Onkologe  Nephrologe  Dialysepraxis

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

## Allgemeine Anamnese

Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg Raucher(in)  nein  ja, \_\_\_\_\_ /Tag \_\_\_\_\_ py

Nierenfunktion  normal  reduziert (cave NSAR: schädlich, Antibiotika: mögliche Anreicherung)

Allergien  nein  ja, \_\_\_\_\_

(Kopie des Allergiepasses beilegen)

Endokarditisrisiko  nein  ja  $\Rightarrow$  Antibiotikaprophylaxe  nein  ja

! Blutverdünnungsmittel  nein  ja  $\Rightarrow$   ASS  Clopidogrel  Marcumar  Pradaxa®/ Xarelto®/ Eliquis®

Bisphosphonate  nein  ja  $\Rightarrow$   oral Präparat \_\_\_\_\_ Intervall \_\_\_\_\_  
 i.v. Präparat \_\_\_\_\_ Intervall \_\_\_\_\_

## Medikamentenanamnese

Medikamentenallergien/ -unverträglichkeit  nein  ja, \_\_\_\_\_

Präparatename	Indikation	täglicher Bedarf

## Ärztliche Diagnosen

	Ja	Nein
geistige Behinderung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
körperliche Behinderung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kognitive Defizite / Demenz .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Morbus Parkinson .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsie/ Anfälle mit Bewußtseinsverlust.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzfehler, -beschwerden, -infarkt, -schrittmacher,-bypass, Stent.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypo-, Hypertonie .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma/ Arthritis .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypo-, Hyperthyreose (Schilddrüse).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenfunktionsstörung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Zustand des Patienten

### Mobilität

- mobil mit Begleitung
- mobil ohne Begleitung
- eingeschränkt
- Rollator
- Rollstuhl
- Umsetzen in Behandlungsstuhl möglich/ nicht möglich

### Kommunikationsfähigkeit

- normal
- eingeschränkt
- unmöglich

### Antrieb/ Stimmungslage

- traurig/verschlossen
- labil
- unruhig
- freundlich/fröhlich
- autoaggressiv
- fremdaggressiv

### Nahrungsaufnahme

- keine Einschränkungen
- weiche Kost
- pürierte Kost
- Hilfe bei Nahrungsaufnahme
- nein
- ja, teilweise
- ja, vollständig
- PEG-Sonde
- temporär
- dauerhaft

---

## Zahnärztliche Anamnese

Zahnstatus	Oberkiefer	Unterkiefer	
eigene Zähne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
keine Zähne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Zahnersatz			
abnehmbare Teilprothese	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Totalprothese	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
kein abnehmbarer Zahnersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
feststehender Zahnersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Implantate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kopie des Implantatpasses beifügen

### Tragegewohnheiten Zahnersatz

- regelmäßig getragen
- nein
- ja
- nachts entfernt
- nein
- ja

---

## Prophylaxe Anamnese

### Bisherige zahnärztliche Behandlungen

- Häufigkeit**  normal
- oft
- nie
- Behandlung**  problemlos
- schwierig aber möglich
- in Narkose

### Häusliche Zahnpflege

- selbstständig
- selbstständig mit Unterstützung
- durch Dritte
- Häufigkeit**  nie  1x/Tag  2x/Tag  3x/Tag

### Prothesenreinigung

- selbstständig
- selbstständig mit Unterstützung
- durch Dritte

### Hilfsmittel zur Mund- und Prothesenhygiene

- Handzahnbürste
- elektrische Zahnbürste
- Prothesenbürste
- Interdentalbürste
- Mundspüllösung
- Zungenschaber

Bemerkungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name des Unterzeichners in Druckbuchstaben