

Name Patient :

NEUPATIENT*IN <i>bei MobilDent noch nicht registriert</i> <input type="checkbox"/>	PATIENT*IN <i>bei MobilDent bereits registriert</i> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Eintrittskontrolle → Anamneseblatt und Medikamentenliste vollständig erstellen <input type="checkbox"/> Bei EL-Bezügern → Einverständniserklärung signieren lassen <input type="checkbox"/> Bewohner*in kann nicht mehr zum Privatzahnarzt und wünscht eine Kontrolle <input type="checkbox"/> Bewohner*in schildert/Pflegepersonal bemerkt Problem im Mund	<input type="checkbox"/> Periodische Kontrolle Anamneseblatt/Medikamentenliste kontrollieren und nötigenfalls korrigieren/ergänzen

<input type="checkbox"/> Notfallbehandlung Schmerzen: Wie lange schon?..... Wo (Zahn/Ort)? <input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> oben <input type="radio"/> unten <input type="radio"/> vorne <input type="radio"/> hinten Welcher Art? <input type="radio"/> dumpf <input type="radio"/> stechend <input type="radio"/> pulsierend <input type="radio"/> ausstrahlend <input type="radio"/> ständig Provozierbar durch: <input type="radio"/> wärme <input type="radio"/> kälte <input type="radio"/> druck <input type="checkbox"/> Kiefersperre	Defekte Rekonstruktion (Prothese): <input type="checkbox"/> Oberkiefer <input type="checkbox"/> Unterkiefer <input type="checkbox"/> herausnehmbar <input type="radio"/> Totalprothese <input type="radio"/> Teilprothese (mit Klammern) <input type="checkbox"/> fixiert <input type="radio"/> Brücke <input type="radio"/> Krone Wo? <input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> oben <input type="radio"/> unten <input type="radio"/> vorne <input type="radio"/> hinten <input type="checkbox"/> Erschwerte Nahrungsaufnahme	Schwellung <input type="checkbox"/> Im Mund / ausserhalb Mund Wo? <input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> oben <input type="radio"/> unten <input type="radio"/> vorne <input type="radio"/> hinten <input type="checkbox"/> Pusaustritt bei Druck auf Schwellung? Blutung im Mund <input type="checkbox"/> Im Mund / ausserhalb Mund Wo? <input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> oben <input type="radio"/> unten <input type="radio"/> vorne <input type="radio"/> hinten <input type="checkbox"/> Fieber
--	--	--

➔ Bitte wenn möglich Fotos (Handy → E-Mail) von Problem im Anhang mitsenden. Dies erleichtert uns eine Diagnose und damit rasche und zielgerichtete Behandlung
 ➔ **Alles was zutrifft bitte ankreuzen**

Ort/Datum:.....Unterschrift von der Person welche die Anmeldung tätigt:.....