ZÄK Mecklenburg-Vorpommern

Mundpflege & Zahnärztliche Betreuung

Kurzcharakteristik – Pflegeeinrichtung

Datum & Stempel Pflegeeinrichtung

Ansprechpartner

_____

1. Wie viele Bewohner zählt Ihre Einrichtung? ..... ____
   - Anzahl der Pflegegruppen..... ____
   - Pflegestufe 0/I ..... __/__
   - Pflegestufe II ..... ____
   - Pflegestufe III/III+ ..... __/__
   - Selbst teilweise zur Mundhygiene fähig .....ca. ____
   - Selbst nicht zur Mundhygiene fähig .....ca. ____
   - Bettlägrig.....ca. ____
   - Schwer transportfähig (Rollstuhl) .....ca. ____
2. Wie viele zahnärztliche Notfälle sind aufgetreten innerhalb **des letzten Monats? __, letzen halben Jahres? __, letzten Jahres? __**
3. Gibt es in Ihrer Einrichtung einen Standard bei zahnärztlichen Notfällen? **Nein O Ja O**
4. Gibt es in Ihrer Einrichtung bereits einen Raum, der für zahnärztliche Maßnahmen genutzt wird **Nein O Ja O** oder werden könnte **Nein O Ja O**?
5. Wird bei der Neuaufnahme der Hauszahnarzt & der Zahnstatus erfragt? **Hauszahnarzt: Nein O Ja O; Zahnstatus: Nein O Ja O**
6. Werden Mundhygienemaßnahmen und die Pflege des Zahnersatzes von den Pflegekräften regelmäßig durchgeführt und dokumentiert? **Durchführung: Nein O Ja O; Dokumentation: Nein O Ja O**
7. Werden die Angehörigen Ihrer Bewohner über die Notwendigkeit der Anschaffung neuer Mundhygieneartikel informiert? **Nein O Ja O**
8. Wird gesondert darauf geachtet, dass die jährlichen Kontrolluntersuchungen für den Eintrag in das Bonusheft durchgeführt werden? **Nein O Ja O**
9. Gibt es einen Zahnarzt als Ansprechpartner, der allen Pflegekräften bekannt ist? **Nein O Ja O**
10. Kommen Zahnärzte regelmäßig zu Routineuntersuchungen in die Einrichtung? **Nein O Ja O**
11. Werden in Ihrer Einrichtung regelmäßig Seminare zur Mundpflege durchgeführt? **Nein O Ja O; regelmäßig O**
12. Sehen Sie Bedarf für eine Verbesserung der zahnärztlichen Betreuung? **Nein O Ja O**
13. Bemerkungen: _____

©LZK BW