



Zahnärztlicher Überleitungsbogen

Einrichtung

Einrichtung _____ Datum _____

Bewohner (Name, Vorname, Geb.Dat.) _____

Ansprechpartner Heim (Tel) _____

Gesetzlicher Betreuer (Tel/Fax) _____

Angehöriger (Tel) _____

Hausarzt (Tel) _____

Hauszahnarzt (Tel) _____

Mobilität ohne Einschränkung **Rollator** **Rollstuhl** **liegend**

Besonderheiten Pflege (z.B. Ernährung, Haut, Lagerung, Bettseitenschutz?)

Allgemeinerkrankungen (Wirbelsäule - Intubation?) **Befunde?** **OP?**

Medikation _____

Allergien _____

Größe _____ **Gewicht** _____ **Biografie-Stichwort** _____

Was ist passiert? _____

Zahnarzt

Zahn	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
01																
01																
Zahn	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Diagnose _____ **Rö(OPT...)?**

Therapie _____

Einwilligung ? Transportschein ? Überweisungen ?