

Rückmeldungen an die Zahnärztekammer erbeten

Zahnärztlicher Praxisführer für Patienten mit Behinderungen und geriatrische Patienten

Der Zahnärztliche Praxisführer für Patienten mit Behinderungen und geriatrische Patienten der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ist aktuell im Internet auf der Homepage der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern www.zaekmv.de unter dem Stichwort Behindertenbehandlung veröffentlicht. Der Praxisführer soll helfen, die Bedingungen einer zahnärztlichen Behandlung von Menschen mit Behinderungen und geriatrischen Patienten von der

zahnmedizinischen Seite aus zu optimieren. Betroffene Patienten, deren Angehörige und Betreuer erhalten dadurch in unserem Bundesland die Möglichkeit, eine Zahnarztpraxis in ihrem Umfeld zu finden, die den Anforderungen und Bedürfnissen des jeweiligen Patienten entspricht.

In den Praxisführer sollten sich alle Zahnärzte unseres Bundeslandes eintragen lassen, die Menschen mit geistiger oder körperlicher Behinderung und geriatrische Patienten behandeln

bzw. die über spezielle Ausrüstungen und behindertengerechte Ausstattungen verfügen.

MKG-Chirurgen/Oralchirurgen sowie Kieferorthopäden werden im Praxisführer wegen der besseren Übersichtlichkeit separat ausgewiesen.

Für die Richtigkeit Ihrer Angaben übernimmt die Kammer keine Gewähr. Jeder rückmeldende Kollege ist entsprechend der Berufsordnung selbst verantwortlich.

ZÄK

Zahnärztlicher Praxisführer für Patienten mit Behinderungen und geriatrische Patienten

Rückmeldung an die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin

Fax (0385) 5910820

Name/Vorname: _____

Praxisanschrift: _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail: _____

Internet: _____

Praxisbesonderheiten:

(Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.)

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Rollstuhlgerechte Praxis | <input type="checkbox"/> | Narkose in eigener Praxis | <input type="checkbox"/> |
| Etage (z. B. EG, Hochparterre, 1. Stock) | _____ | Behandlung eigener Patienten in Narkose in OP-Zentren | <input type="checkbox"/> |
| Lift | <input type="checkbox"/> | Durchführung von Haus- und Heimbisuchen | <input type="checkbox"/> |
| Rollstuhlgerechtes WC | <input type="checkbox"/> | | |

Sonstiges

(z. B. blindengerechte Fahrstühle, Gebärdensprache, Hypnose oder Akupunktur zur Schmerzreduktion u. a.)

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, im Zahnärztlichen Praxisführer aufgeführt zu werden.

Ort, Datum

Praxisstempel/Unterschrift