
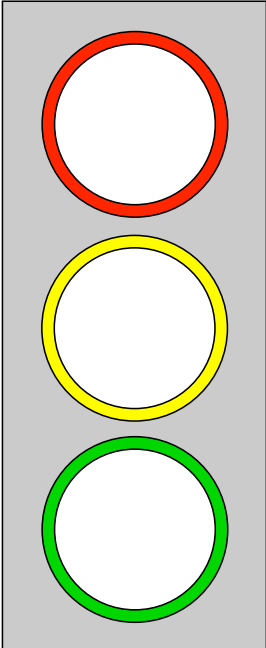

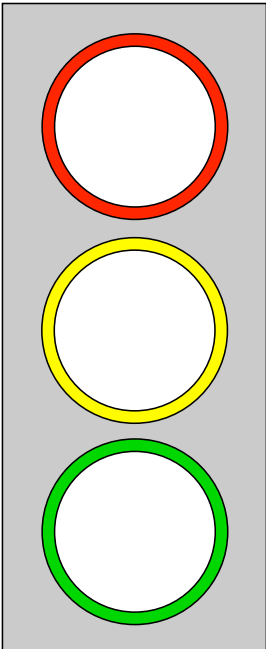


Name	Kontaktdaten Zahnärztin/Zahnarzt 	
	Mund/Zähne/Prothesen reinigen... ...nur durch unterstützende Person ...mit Unterstützung ...selbständig möglich	Oberkiefer Prothese <input type="checkbox"/> eigene Zähne <input type="checkbox"/> Unterkiefer Prothese <input type="checkbox"/> eigene Zähne <input type="checkbox"/> Prothesen nachts im Mund? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Bemerkungen Letzte Aktualisierung (Bonusheft)

Name	Kontaktdaten Zahnärztin/Zahnarzt 	
	Mund/Zähne/Prothesen reinigen... ...nur durch unterstützende Person ...mit Unterstützung ...selbständig möglich	Oberkiefer Prothese <input type="checkbox"/> eigene Zähne <input type="checkbox"/> Unterkiefer Prothese <input type="checkbox"/> eigene Zähne <input type="checkbox"/> Prothesen nachts im Mund? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Bemerkungen Letzte Aktualisierung (Bonusheft)