



# Zahnärztlicher Überleitungsbogen



Pflege

Einrichtung bzw. Adresse \_\_\_\_\_

Wohnbereich & Zi-Nr. \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

**Patient (+Geb)** \_\_\_\_\_

**Was ist das Problem?** \_\_\_\_\_

Ansprechpartner Pflege (+Tel) \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Betreuer (+Tel/Fax) \_\_\_\_\_

Angehöriger/Kontaktperson (+Tel) \_\_\_\_\_

Hausarzt (+Tel) \_\_\_\_\_

Hauszahnarzt (+Tel) \_\_\_\_\_

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

**Kooperationsfähigkeit ( + / 0 / - )**      **Pflegegrad** \_\_ **Eingliederungshilfe**

**Größe** \_\_\_\_ **Gewicht** \_\_\_\_      **Ausweis Merkzeichen aG / BI / H**

**Bemerkungen** \_\_\_\_\_

Zahnarzt

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

**Diagnose** \_\_\_\_\_

**Therapie** \_\_\_\_\_

**Allgemeinerkrankungen, Allergien, Medikamente?**

**Bemerkungen** \_\_\_\_\_