

südstadtresidenz caroline sammet
 Rheinstr. 29 | 69126 Heidelberg | Tel. 0 62 21-357 41 00 | Fax 0 62 21-357 41 99 | caroline-sammet@stadtmission-hd.de

wilhelm-frommel-haus / st. anna, Tagespflege
 Plöck 45 | 69117 Heidelberg | Tel. 0 62 21-149 6 | Fax 0 62 21-149 776 | wilhelm-frommel@stadtmission-hd.de

haus philippus
 Zeppelinstr. 9 | 69121 Heidelberg | Tel. 06221-417 7 | Fax 06221/417 654 | juliane.hoevelmann@stadtmission-hd.de

haus stephanus
 Platanenweg 2-4 | 69221 Dossenheim | Tel. 06221-86804 40 | Fax 06221-8680 455 | stephanus@stadtmission-hd.de

hanna und simeon heim
 Bergstr. 36 | 69221 Dossenheim | Tel. 06221-86887 0 | Fax 06221-86887 10 | hannaundsimeon@stadtmission-hd.de

haus stammberg
 Talstr. 184 | 69198 Schriesheim | 06203-696 0 | Fax 06203-696 366 | stammberg@stadtmission-hd.de

haus erlbrunner höhe
 Panoramaweg 12 | 69259 Wilhelmsfeld | Tel. 06220-915433 0 | Fax 06220-915433 30 | erlbrunner-hoehe@stadtmission-hd.de

Anmeldung zur **Dauerpflege** **Kurzzeitpflege** **Tagespflege** (nur St. Anna und Haus Philippus)

1. _____
 Vor- u. Zuname

2. _____
 Geburtsdatum

3. **Anschrift des Zahnarztes**

Name	Straße
_____	_____
PLZ	Ort
_____	_____

4. Letzter Zahnarztbesuch am _____

5. Bonusheft vorhanden ja nein

6. Bisher behandelnder Zahnarzt kommt einmal im Jahr in die Einrichtung ja nein

7. Bisher behandelnder Zahnarzt kommt bei Bedarf in die Einrichtung ja nein

8. Die Einrichtung wird gebeten, einen Zahnarzt zu beauftragen ja nein

9. Zahnstatus

<input type="checkbox"/> eigene Zähne	<input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> festsitzender Zahnersatz (Krone, Brücke)	<input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> herausnehmbare Totalprothese	<input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> weder Zähne, noch Prothese	<input type="checkbox"/> Magensonde	

10. Hygiene und Pflege

Mund- und Zahnpflege selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig

Prothesenreinigung

selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig

Prothesen werden nachts im Mund belassen

ja nein

11. Hilfsmittel

<input type="checkbox"/> Handzahnbürste	<input type="checkbox"/> Elektrische Zahnbürste
<input type="checkbox"/> Prothesenzahnbüste	<input type="checkbox"/> Interdentalbürste
<input type="checkbox"/> Mundspüllösung	<input type="checkbox"/> Zungenschaber
<input type="checkbox"/> Zahnseide	<input type="checkbox"/> _____

12. Wünsche und Gewohnheiten bei der Zahn- und Mundpflege:

13. Auswirkungen auf die Lebensqualität:

a. Bestehen in letzter Zeit Schwierigkeiten mit den Zähnen oder der Prothese?

ja, weiter mit Punkt b. nein

b. Schwierigkeiten

Mund fühlt sich trocken an

Kauen und Sprechen sind beeinträchtigt

Prothesen sind locker

Schmerzen im Mundbereich, wo? _____

Sonstige Schwierigkeiten: _____

14. Ergänzungen:

15. Ort / Datum _____

 Unterschrift des Zahnarztes	und / oder	 Unterschrift des Antragstellers
--	------------	---