

Risikoeinschätzung Mundgesundheit

Patient ist zu folgendem Problem Risiko gefährdet:	Kategorie	Kategorie	Kategorie	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
	A = unauffällig	B = auffällig	C = ungesund	Kategorie	Kategorie	Kategorie	Kategorie	Kategorie	Kategorie
Lippen	weich, rosa, feucht	trocken, rissig	Schwellung, Blutung/ Ulzeration	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
Zunge	feucht, rosa, gesund	Fleckig, rot, gefurcht, belegt	geschwollen, ulzeriert, rote/ weiße Flecken, borkig	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
Zahnfleisch und Schleimhaut	rosa, glatt, feucht, gesund	trocken, rau, geschwollen, gerötet, blutet, wunde Stellen	gerötete Schleimhäute, trockener Mund, sehr wenig/ kein Speichel	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
Natürliche Zähne <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	keine kariösen/ zerstörten Zähne	1-3 kariöse, abgenutzte Zähne	4 oder mehr kariöse/ zerstörte Zähne, weniger als 4 Zähne	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
Speichel	wässrig flüssiger Speichel	trocken, klebrig, wenig	gerötet, sehr trocken, sehr wenig/ kaum/ zäher Speichel,	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
Zahnprothese <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wird regelmäßig getragen	sitzt locker, wird nur 1-2 Stunden tgl. getragen	nicht getragen, sitzt locker, benötigt Haftmittel, Zahnersatz beschädigt, abgebrochen	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
Mundhygiene <input type="checkbox"/> Prothesenhygiene <input type="checkbox"/> Mundatmung	sauber, keine Auffälligkeiten	Beläge/ Speisereste, Zahnstein an 1-2 Stellen, Mundgeruch	Mundgeruch/ Beläge/ Speisereste/ Zahnstein an den mehreren Stellen	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
Zahnschmerzen	keine	vorhanden, unter Cut-off-Wert	vorhanden über Cut-off-Wert <input type="checkbox"/> locker, abgebrochen <input type="checkbox"/> fehlt, beschädigt	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
Flüssigkeitszufuhr	Mund/ Schleimhäute, weich, rosa, feucht	trockene Mundhöhle	ausgetrockneter Mund/ gerötete Schleimhäute, sehr wenig/ kein Speichel	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
Risiko-Einschätzung unverändert			Beeinträchtigung Mundpflege:	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein
Datum Hdz.	Datum Hdz.	Datum Hdz.	Datum Hdz.	Abwehrendes Verhalten	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
				Ausweichendes Verhalten	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
				Kognitive Beeinträchtigung	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
				Körperliche Beeinträchtigung	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
				Erschwerter Zugang zur Mundhöhle	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
				Schluckstörung	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
				Beeinträchtigung beim Essen/Kauen	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
				Fehlende Hilfsmittel/ Pflegemittel	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
				Handzeichen Pflegefachkraft:					
Legende: 0- vorhanden, 1- größtenteils vorhanden, 2- in geringem Maße vorhanden, 3- nicht vorhanden									
Liegt ein Risiko vor, ist der Patient zu diesem Risiko zu beraten!									