

Einverständniserklärung

Personalien Patient/Patientin:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____ Telefon: _____

Vertretungsberechtigte Person:

Name: _____ Vorname: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Hausarzt:

Praxis: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Zahnarzt:

Praxis: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Personal Heim:

Name: _____ Vorname: _____

Um eine optimale Behandlung zu erzielen, ist die Zusammenarbeit zwischen der Dentalhygiene, dem Arzt, dem Zahnarzt und dem Pflegepersonal ausschlaggebend.

Es wird empfohlen, alle 2 Jahre beim Hauszahnarzt einen Kontrolluntersuch durchführen zu lassen und Röntgenbilder anzufertigen. Parodontitisbehandlungen sind nach Absprache mit dem Zahnarzt und Hausarzt möglich.

- Ich/Wir wünschen eine Dentalhygienebehandlung durch dhmobil/Dentalhygiene Manuela Studer-Lussi GmbH und sind damit einverstanden, dass diese mit dem Hausarzt und dem Hauszahnarzt in Kontakt steht und medizinische/zahnmedizinische Daten ausgetauscht werden können.
- Ich/Wir wünschen keine Dentalhygienebehandlung.

Der Patient/die Patientin bzw. dessen/deren vertretungsberechtigte Person bestätigt hiermit, über die Behandlung und deren Risiken ausreichend aufgeklärt worden zu sein.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient oder vertretungsberechtigte Person: _____

Die unterzeichnende Vertreterin / der unterzeichnende Vertreter bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er zur Vertretung des Patienten / der Patientin befugt ist.

Dr. med. dent. Katerina Schweizer

dhmobil- Habsburgerstrasse 12-6003 Luzern-041 240 16 06

Dentalhygiene Manuela Studer-Lussi GmbH- Chilegass 2 - 6044 Udligenswil - 078/813 61 35

Dentalhygiene-Betreuung im Alters- und Pflegeheim

Personalien Patient/in:

Name: _____ Vorname _____ Zimmer: _____
Strasse: _____ PLZ/Wohnort _____
Hausarzt(mit Tel) _____
Geburtsdatum: _____ Pflegesituation: _____ AHV/EL/IV: _____
Vormund/Beistand/Kontaktperson (Name, Adresse, Tel.) _____

Medizinische Anamnese vom Arzt auszufüllen:

Herz-Kreislaufstörungen _____ Mobilität _____
Blutgerinnungsstörungen _____ Endokartitisprophylaxe Ja Nein
Allergien _____ (bei Herzklappenvitien oder künstlichen Gelenken)
Diabetes _____ Bisphosphonate Ja Nein
HIV/Herpes/Hepatitis _____ Medikamente _____
Chronische Erkrankungen _____
Psychische Erkrankungen _____

- Aus medizinischer Sicht ist eine Dentalhygienebehandlung bedenkenlos möglich.
- Aus medizinischer Sicht muss bei der Dentalhygienebehandlung folgendes beachtet werden:

- Es darf aus medizinischer Sicht **keine** Dentalhygienebehandlung durchgeführt werden.

Begründung: _____

Bei medizinischen Veränderungen, auf Grund deren keine Dentalhygienebehandlung mehr durchgeführt werden darf oder nur eine eingeschränkte Behandlung durchgeführt werden kann, muss dies persönlich Dr. med. dent. Katerina Schweizer und Dentalhygiene Manuela Studer-Lussi GmbH mitgeteilt werden.

Der behandelnde Arzt:

Praxis: _____
Adresse: _____
Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Dr. med. dent. Katerina Schweizer
dhmobil- Habsburgerstrasse 12-6003 Luzern-041 240 16 06

Dentalhygiene Manuela Studer-Lussi GmbH- Chilegass 2 - 6044 Udligenswil - 078/813 61 35