

## Gegevens patiënt / cliënt

Dhr / Mw

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

BSN: \_\_\_\_\_

Moet iemand anders gebeld worden om een afspraak te maken?

Nee

Ja, te weten:

Naam: \_\_\_\_\_

Relatie tot \_\_\_\_\_

Patiënt/cliënt: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_

## Verwijzing: (toelichting in bijbehorend screeningsformulier)

Verwijzing naar mondzorgpraktijk, naam: \_\_\_\_\_

Verwijzing naar thuiszorg, naam: \_\_\_\_\_

**Patiënt / cliënt (of diens wettelijk vertegenwoordiger) geeft toestemming voor deze verwijzing:**

Plaats: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Naam: \_\_\_\_\_

Relatie tot patiënt/ cliënt: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

## Verwijzer: Naam, functie en contactgegevens verwijzer (stempel mag ook)

\_\_\_\_\_

# Screeningsformulier

Patiënt/ Cliënt naam: \_\_\_\_\_ M V Geboortejaar \_\_\_\_\_

## Gebitssituatie

Ja / nee / onbekend

Hebt u eigen tanden en/of kiezen?

Hebt u een volledige gebitsprothese?

Bij ja: Boven Onder

Hebt u een gedeeltelijke gebits-prothese (plaatje of frame)?

Bij ja: Boven Onder

Hebt u nog eigen tandwortels onder uw gebitsprothese?

Hebt u implantaten?

## Gebitssituatie

Ja / nee / onbekend

Hebt u klachten in uw mond, rond uw gebitsprothese of aan uw tanden/kiezen?

Kunt u goed kauwen?

Hebt u een droge mond?

Hebt u een vieze mondgeur?

## Indien u een gebitsprothese heeft

Ja / nee / onbekend

Draagt u uw gebitsprothese?

Zit de gebitsprothese los?

## Notities:

## Bezoek aan de mondzorgpraktijk

### Hoe lang geleden bezocht u voor het laatst een mondzorgpraktijk?

korter dan 1 jaar geleden

1-2 jaar geleden

2-5 jaar geleden

langer dan 5 jaar geleden

onbekend

**Norm:**  
eigen tanden/kiezen:  
minimaal elk half jaar;  
volledige gebitsprothese:  
elk jaar

### Mag ik u naar een mondzorgverlener verwijzen?

Nee, reden:

Ik ga vaak genoeg (volgens norm)

Ik vind het niet belangrijk

Ik heb angst voor de tandarts

De kosten zijn te hoog

Anders, te weten:

Ja, te weten

Seniorproof praktijk

Andere praktijk

Naam:

### Aandachtspunten voor de mondzorgverlener

Extra aandacht nodig vanwege geheugen aandoening

Extra aandacht nodig vanwege lichamelijke aandoening

Begeleiding door naaste bij de behandeling nodig: naaste contacteren (zie Verwijsformulier)

Patiënt kan zich niet verplaatsten, ook niet per taxi: s.v.p. huisbezoek

Anders, te weten:

## Mondverzorging

### Observatie zelfzorg

Ja / nee / onbekend

Poetst de cliënt op eigen initiatief 2 maal per dag?

Poetst de cliënt op verzoek?

Maakt de cliënt effectieve poetsbewegingen?


Poetst de cliënt de tanden/ kiezen en/ of de gebitsprothese aan de binnen-, buiten- en bovenkant?

Houdt hij/zij het poetsen tenminste één minuut vol?

Kan de cliënt de mond spoelen?

Zijn alle vragen met  **GEEN hulp nodig**

'JA' beantwoord?

Zijn NIET alle vragen met  **Hulp is nodig**

'JA' beantwoord

Ja / nee

Is er een mantelzorgverlener die de juiste hulp kan bieden bij de dagelijkse mondverzorging (conform de werkwijze in het Poetsboek?)

### Hulp is nodig, te weten:

Toezien op mondverzorging

Assisteren of overnemen van de mondverzorging

**Hoe staat de cliënt tegenover hulp bij de mondverzorging?**