

Behandler: \_\_\_\_\_

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

## Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung (MHU)

Vor- und Nachname Patientin/Patient: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

1. Mundhygieneaufklärung

Wissen der/des Patientin/Patienten zu PA

Ursache Knochenabbau  verstanden  
(ggf. Ergänzungen) \_\_\_\_\_

Zusammenhang mit allgemeiner Gesundheit und Medikamente  verstanden  
(ggf. Ergänzungen) \_\_\_\_\_

Mögliche Maßnahmen  
(ggf. Ergänzungen) \_\_\_\_\_

übliche Zahnpflege der/des Patienten/Patienten

<input type="checkbox"/> Bürste (Hand <input type="checkbox"/> , elektrisch <input type="checkbox"/> , Dreikopf <input type="checkbox"/> )	_____	_____ -mal täglich
<input type="checkbox"/> Zahnpasta	_____	_____ -mal täglich
<input type="checkbox"/> Fluoridgel	_____	_____ -mal _____
<input type="checkbox"/> Zungen- und Schleimhautreinigung	_____	_____ -mal täglich
<input type="checkbox"/> Zahnseide	_____	_____ -mal täglich
<input type="checkbox"/> Interdentalbürste	_____	_____ -mal _____
<input type="checkbox"/> Mundspülung	_____	_____ -mal täglich
<input type="checkbox"/> ggf. Prothesenreinigung	_____	_____

langfristiges Ziel der/des Patientin/Patienten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Entzündungszustand der Gingiva:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Anfärben Plaque, Plaque-Index:

Besonderheiten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Indiv. Instruktion \_\_\_\_\_

- |  |       |       |              |
|--|-------|-------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Bürste (Hand <input type="checkbox"/> , elektrisch <input type="checkbox"/> , Dreikopf <input type="checkbox"/> ) | _____ | _____ | -mal täglich |
| <input type="checkbox"/> Zahnpasta   | _____ | _____ | -mal täglich |
| <input type="checkbox"/> Fluoridgel  | _____ | _____ | -mal _____   |
| <input type="checkbox"/> Zungen- und Schleimhautreinigung  | _____ | _____ | -mal täglich |
| <input type="checkbox"/> Zahnseide   | _____ | _____ | -mal täglich |
| <input type="checkbox"/> Interdentalbürste   | _____ | _____ | -mal _____   |
| <input type="checkbox"/> Mundspülung   | _____ | _____ | -mal täglich |
| <input type="checkbox"/> ggf. Prothesenreinigung   | _____ | _____ |              |

5. Praktische Übung

Besonderheiten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_