

Anhang 3

Tätigkeitsbereich		Verantwortliche Personen	
Checkliste Empfang		Dentalsekretärin / Dentalassistentin	
Verantwortliche Person:		Beobachtungsdatum:	
Patientendaten			
Name:		Vorname:	Geb.-dat.:
Auffälligkeit / Veränderung im Verhalten bzw. Erscheinungsbild des Patienten	Beispiele		Bemerkungen
Erscheinungsbild	<input type="checkbox"/> Bekleidung <input type="checkbox"/> Körperpflege <input type="checkbox"/> Mundgeruch (z. B. Alkohol, Aceton) <input type="checkbox"/> körperliche Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> Gewicht/Gewichtsveränderung		
Stimmungslage	<input type="checkbox"/> gedrückte Stimmung, negative Einstellung <input type="checkbox"/> Interessensverlust, Motivierbarkeit <input type="checkbox"/> Freudlosigkeit, Hilf- und Hoffnungslosigkeit <input type="checkbox"/> erhöhte Ermüdbarkeit <input type="checkbox"/> Verminderung des Antriebs, Denkhemmung		
Verhalten	<input type="checkbox"/> umständlich, weitschweifig <input type="checkbox"/> motorische Unruhe <input type="checkbox"/> reduzierte Aufmerksamkeit <input type="checkbox"/> affektlabil, eher affektarm, ratlos <input type="checkbox"/> Verwirrtheit, Angst, Halluzinationen, Wahn <input type="checkbox"/> plötzliche Veränderungen		
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> Datum, Wochentag, Monat, Jahr <input type="checkbox"/> Zeitverschiebung <input type="checkbox"/> Terminwahrnehmung, Pünktlichkeit <input type="checkbox"/> Fähigkeit zur Terminplanung		
Räumliche Orientierung	<input type="checkbox"/> An- und Rückreiseweg, Stockwerk, Praxis		
Gedächtnis	<input type="checkbox"/> Merkfähigkeit (Name der Sekretärin, Termin, Behandlungsgrund, Auskunft, Adresse, Tel.-Nr.)		
Erkennen, Verständnis	<input type="checkbox"/> Erkennen und Anwenden von Gebrauchsgegenständen (Terminkärtchen, Kugelschreiber)		
Exekutive Kognition	<input type="checkbox"/> Planung/Durchführung komplexer Prozesse <input type="checkbox"/> Abstimmung der Aufmerksamkeitsressourcen		
Multi-Tasking	<input type="checkbox"/> gleichzeitige Ausführung mehrerer Aufgaben <input type="checkbox"/> stops walking when talking		
Gangsicherheit	<input type="checkbox"/> Gangvariabilität <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung <input type="checkbox"/> Beweglichkeit, Schwäche <input type="checkbox"/> Hilfsmittel (Stock, Rollator)		
Sprachfähigkeit	<input type="checkbox"/>		
Lesefähigkeit	<input type="checkbox"/> Vorlesen der Terminangabe auf Kärtchen oder eines Merkblattes		
Schreibfähigkeit	<input type="checkbox"/> Notieren der Termine auf Kärtchen oder in Agenda		
Begleitung	<input type="checkbox"/> Betreuungs-/Hilfsbedürftigkeit		
Soziales Umfeld	<input type="checkbox"/> Verlust von Angehörigen <input type="checkbox"/> Wohnsituation		

Anhang 4

Tätigkeitsbereich		Verantwortliche Personen	
Checkliste Klinische Assistenz		Dentalassistentin	
Verantwortliche Person:		Beobachtungsdatum:	
Patientendaten			
Name:		Vorname:	Geb.-dat.:
Auffälligkeit / Veränderung im Verhalten bzw. Erscheinungsbild des Patienten	Beispiele	Bemerkungen	
Erscheinungsbild	<input type="checkbox"/> Bekleidung <input type="checkbox"/> Körperpflege <input type="checkbox"/> Mundgeruch (z. B. Alkohol, Aceton) <input type="checkbox"/> körperliche Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> Gewicht/Gewichtsverlust		
Stimmungslage	<input type="checkbox"/> gedrückte Stimmung, negative Einstellung <input type="checkbox"/> Interessensverlust, Motivierbarkeit <input type="checkbox"/> Freudlosigkeit, Hilf- und Hoffnungslosigkeit <input type="checkbox"/> erhöhte Ermüdbarkeit <input type="checkbox"/> Verminderung des Antriebs, Denkhemmung		
Verhalten	<input type="checkbox"/> umständlich, weitschweifig <input type="checkbox"/> motorische Unruhe <input type="checkbox"/> reduzierte Aufmerksamkeit <input type="checkbox"/> affektlabil, eher affektarm, ratlos <input type="checkbox"/> Verwirrtheit, Angst, Halluzinationen, Wahn <input type="checkbox"/> plötzliche Veränderungen während Behandlung		
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> Datum, Wochentag, Monat, Jahr <input type="checkbox"/> Zeitverschiebung		
Räumliche Orientierung	<input type="checkbox"/> An- und Rückreiseweg, Stockwerk, Praxis		
Gedächtnis	<input type="checkbox"/> Merkfähigkeit (Name der Dentalassistentin/des Zahnarztes, Behandlungsgrund/-ablauf, Auskunft) <input type="checkbox"/> Hygieneinstruktion		
Erkennen, Verständnis	<input type="checkbox"/> Erkennen und Anwenden von Gebrauchsgegenständen (Spülglas, Speibecken, Hygieneinstrumente)		
Exekutive Kognition	<input type="checkbox"/> Planung/Durchführung komplexer Prozesse <input type="checkbox"/> Abstimmung der Aufmerksamkeitsressourcen		
Multi-Tasking	<input type="checkbox"/> gleichzeitige Ausführung mehrerer Aufgaben <input type="checkbox"/> stops walking when talking		
Gangsicherheit	<input type="checkbox"/> Gangvariabilität <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung <input type="checkbox"/> Beweglichkeit, Schwäche <input type="checkbox"/> Hilfsmittel (Stock, Rollator)		
Sprachfähigkeit	<input type="checkbox"/>		
Lesefähigkeit	<input type="checkbox"/> Vorlesen von Aufklärungs-/Merkblatt oder Hygiene-/ Medikamentenverordnung		
Schreibfähigkeit	<input type="checkbox"/> Notieren von Informationen		
Begleitung	<input type="checkbox"/> Betreuungs-/Hilfsbedürftigkeit		
Soziales Umfeld	<input type="checkbox"/> Verlust von Angehörigen <input type="checkbox"/> Wohnsituation		

Anhang 5

Tätigkeitsbereich	Verantwortliche Personen	
Checkliste Prävention	Dentalhygienikerin/Prophylaxeassistentin	
Verantwortliche Person:		Beobachtungsdatum:
Patientendaten		
Name:	Vorname:	Geb.-dat.:
Auffälligkeit / Veränderung im Verhalten bzw. Erscheinungsbild des Patienten	Beispiele	Bemerkungen
Erscheinungsbild	<input type="checkbox"/> Bekleidung <input type="checkbox"/> Körperpflege <input type="checkbox"/> Mundgeruch (z. B. Alkohol, Aceton) <input type="checkbox"/> körperliche Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> Gewicht/Gewichtsveränderung	
Stimmungslage	<input type="checkbox"/> gedrückte Stimmung, negative Einstellung <input type="checkbox"/> Interessensverlust, Motivierbarkeit <input type="checkbox"/> Freudlosigkeit, Hilf- und Hoffnungslosigkeit <input type="checkbox"/> erhöhte Ermüdbarkeit <input type="checkbox"/> Verminderung des Antriebs, Denkhemmung	
Verhalten	<input type="checkbox"/> umständlich, weitschweifig <input type="checkbox"/> motorische Unruhe <input type="checkbox"/> reduzierte Aufmerksamkeit <input type="checkbox"/> affektlabil, eher affektarm, ratlos <input type="checkbox"/> Verwirrtheit, Angst, Halluzinationen, Wahn <input type="checkbox"/> plötzliche Veränderungen während Behandlung	
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> Datum, Wochentag, Monat, Jahr <input type="checkbox"/> Zeitverschiebung	
Räumliche Orientierung	<input type="checkbox"/> An- und Rückreiseweg, Stockwerk, Praxis <input type="checkbox"/> Durchführung von Hygienemassnahmen	
Gedächtnis	<input type="checkbox"/> Merkfähigkeit (Name der Dentalhygienikerin/ Prophylaxeassistentin/des Zahnarztes, Behandlungsgrund/-ablauf, Hygieneinstruktion, Auskunft, Aufklärung)	
Erkennen, Verständnis	<input type="checkbox"/> Erkennen und Anwenden von Gebrauchsgegenständen (Spülglas, Speibecken, Hygieneinstrumente/-verordnung)	
Exekutive Kognition	<input type="checkbox"/> Planung/Durchführung komplexer Prozesse <input type="checkbox"/> Abstimmung der Aufmerksamkeitsressourcen	
Multi-Tasking	<input type="checkbox"/> gleichzeitige Ausführung mehrerer Aufgaben <input type="checkbox"/> stops walking when talking, Prothesenhandling	
Gangsicherheit	<input type="checkbox"/> Gangvariabilität <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung <input type="checkbox"/> Beweglichkeit, Schwäche <input type="checkbox"/> Hilfsmittel (Stock, Rollator)	
Sprachfähigkeit	<input type="checkbox"/>	
Lesefähigkeit	<input type="checkbox"/> Vorlesen von Aufklärungs-/Merkblatt oder Hygiene-/ Medikamentenverordnung	
Schreibfähigkeit	<input type="checkbox"/> Notieren von Informationen	
Begleitung	<input type="checkbox"/> Betreuungs-/Hilfsbedürftigkeit	
Soziales Umfeld	<input type="checkbox"/> Verlust von Angehörigen <input type="checkbox"/> Wohnsituation	

Anhang 6

Tätigkeitsbereich		Verantwortliche Personen
Checkliste Zahnärztliche Diagnostik/Therapie		Zahnarzt
Verantwortliche Person:		Beobachtungsdatum:
Patientendaten		
Name:	Vorname:	Geb.-dat.:
Auffälligkeit / Veränderung im Verhalten bzw. Erscheinungsbild des Patienten	Beispiele	Bemerkungen
Erscheinungsbild	<input type="checkbox"/> Bekleidung <input type="checkbox"/> Körperpflege <input type="checkbox"/> Mundgeruch (z. B. Alkohol, Aceton) <input type="checkbox"/> körperliche Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> Gewicht/Gewichtsverlust	
Stimmungslage	<input type="checkbox"/> gedrückte Stimmung, negative Einstellung <input type="checkbox"/> Interessensverlust, Motivierbarkeit <input type="checkbox"/> Freudlosigkeit, Hilf- und Hoffnungslosigkeit <input type="checkbox"/> erhöhte Ermüdbarkeit <input type="checkbox"/> Verminderung des Antriebs, Denkhemmung	
Verhalten	<input type="checkbox"/> umständlich, weitschweifig <input type="checkbox"/> motorische Unruhe <input type="checkbox"/> reduzierte Aufmerksamkeit <input type="checkbox"/> affektlabil, eher affektarm, ratlos <input type="checkbox"/> Verwirrtheit, Angst, Halluzinationen, Wahn <input type="checkbox"/> plötzliche Veränderungen während Behandlung	
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> Datum, Wochentag, Monat, Jahr <input type="checkbox"/> Zeitverschiebung	
Räumliche Orientierung	<input type="checkbox"/> An- und Rückreiseweg, Stockwerk, Praxis <input type="checkbox"/> Durchführung von Hygienemaßnahmen	
Gedächtnis	<input type="checkbox"/> Merkfähigkeit (Name der Dentalassistentin/Dentalhygienikerin/Prohylaxeassistentin/des Zahnarztes, Behandlungsgrund/-ablauf, Hygieneinstruktion, Auskunft, Aufklärung)	
Erkennen, Verständnis	<input type="checkbox"/> Erkennen und Anwenden von Gebrauchsgegenständen (Spülglas, Speibecken, Hygieneinstrumente/-verordnung, Zahnersatz)	
Exekutive Kognition	<input type="checkbox"/> Planung/Durchführung komplexer Prozesse <input type="checkbox"/> Abstimmung der Aufmerksamkeitsressourcen	
Multi-Tasking	<input type="checkbox"/> gleichzeitige Ausführung mehrerer Aufgaben <input type="checkbox"/> stops walking when talking, Prothesenhandling	
Gangsicherheit	<input type="checkbox"/> Gangvariabilität <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung <input type="checkbox"/> Beweglichkeit, Schwäche <input type="checkbox"/> Hilfsmittel (Stock, Rollator)	
Sprachfähigkeit	<input type="checkbox"/>	
Lesefähigkeit	<input type="checkbox"/> Vorlesen von Aufklärungs-/Merkblatt oder Hygiene-/ Medikamentenverordnung	
Schreibfähigkeit	<input type="checkbox"/> Notieren von Informationen	
Begleitung	<input type="checkbox"/> Betreuungs-/Hilfsbedürftigkeit	
Soziales Umfeld	<input type="checkbox"/> Verlust von Angehörigen <input type="checkbox"/> Wohnsituation	

