

Patient/in: \_\_\_\_\_

Praxisstempel/Telefonnr.

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Kasse: \_\_\_\_\_

Datum der Behandlung: \_\_\_\_\_

**Was wurde für eine Behandlung an welchem Zahn / welchen Zähnen durchgeführt?**

(z.B. Füllungen an den Zähnen 14,25,36, Extraktion des Zahnes 45)

---

---

**Wie lange hält eine Lokalanästhesie an? Wann darf der Bewohner/die Bewohnerin wieder Nahrung zu sich nehmen?**

---

---

**Welche Medikamente wurden verabreicht. Wie ist die weitere Einnahme der Medikation?**

---

---

**Wie lange sollte der Patient/die Patientin auf den Tupfer beißen?**

---

**Sonstiges:** \_\_\_\_\_

---

---

**Wann ist der nächste Termin:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum /Unterschrift der Zahnärztin/des Zahnarztes