

**Dr. Doris Forst-Günther**  
**Zahnärztin**

Tel. priv.: 07641-2293

Mobil: 0170 774 16 19

Mail: [d-f-guenther@gmx.de](mailto:d-f-guenther@gmx.de)

**Zahnärzte am Mühlbach**  
**Bernhard Scheiff**

Theodor-Ludwigstr. 24

79312 Emmendingen

Tel.: 07641-47072

Sehr geehrte Betreuerin, sehr geehrter Betreuer,

im Rahmen eines Kooperationsvertrages betreue ich als **Zahnärztin** die Bewohner der Pflegeeinrichtungen im Seniorenzentrum An der Elz in Emmendingen.

Dies umfasst eine zahnärztliche Untersuchung zweimal im Jahr mit der Beurteilung  
- des zahnärztlichen Behandlungsbedarfs und  
- des Pflegezustandes der Zähne, der Mundschleimhaut und der Prothesen.

Ein Informationsblatt über die Mund- und Zahnpflege sowie die Untersuchungsergebnisse wird der Pflegedienstleitung übergeben. Dieses können Sie jederzeit einsehen.

Die Ergebnisse der Untersuchung werden auch dem Pflegepersonal mitgeteilt. So soll eine bessere Mundhygiene der Bewohnerinnen und Bewohner erreicht werden.

Ist eine Behandlung erforderlich, muss diese in der Regel in einer Zahnarztpraxis erfolgen. In diesem Fall würde ich mit Ihnen als Betreuer/in Kontakt aufnehmen, um die genauere Vorgehensweise zu besprechen.

Bitte geben Sie als Betreuer/in die **schriftliche Einwilligung** in die zahnärztliche Untersuchung.

**Dr. Doris Forst-Günther**

Ich möchte **eine** Untersuchung und Behandlung meines/r Betreuten

Ich möchte **keine** Untersuchung und Behandlung meines/r Betreuten

Ich möchte **keine** Untersuchung, mein/e Betreute/r geht zum Hauszahnarzt

### **Schriftliche Einwilligung**

Hiermit erteile ich, \_\_\_\_\_  
(Name der Betreuerin / des Betreuers) EMail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Adresse Tel.Nr.

\_\_\_\_\_  
Tel.Nr. Mobil

der **Zahnärztin Dr. Doris Forst-Günther**, in der Praxis Zahnärzte am Mühlbach  
Bernhard Scheiff in Emmendingen, die Einwilligung in die Untersuchung von Ihrer / Ihres

**Betreuten**, \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

wohnhaft im Seniorenzentrum An der Elz 79312 Emmendingen Fabrikstr. 4.

Datum, Unterschrift: