

## Inventarisatie (mond)gezondheidsproblemen van ouderen

**Gecombineerd invulformulier** (Klik op de link om direct naar het formulier te gaan)

1. [Onderzoeksformulier A: Basisgegevens](#)
2. [Onderzoeksformulier B: Mondgezondheid](#)
3. [Onderzoeksformulier C: Diagnose, zorgplan en instructies](#)
4. [Verkorte Xerostomievragenlijst](#)
5. [Kwetsbaarheidsvragenlijst](#)

## 1. Onderzoeksformulier deel A: Basisgegevens

Naam		
Geboortedatum		<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Adres		
Behandelend specialist ouderengeneeskunde/huisarts		
Zorgverzekering		
Evt.: Naam en datum opname woonzorgcentrum		
Evt.: afdeling		
Reden opname		
Hoofdzorgdoelstelling opname		
Juridische status		

Naam contactpersonen:	Relatie tot patiënt	Telefoon
①		
②		
③		
④		

Reanimatie	
Algemeen beleid	

Verwijzing naar tandarts door	
Reden	

I. Medische anamnese	
Actuele diagnoses	
Voorgeschiedenis	
Beoordeling levensverwachting	
Indicatie endocarditisprofylaxe	
Nierinsufficiëntie	
Slikstoornissen	
Wordt consistentie voeding aangepast?	



Cognitie	
Kennis en informatieverwerking	
MMSE-score (datum score) of andere meting	
Ziekte-inzicht	
Ziektebeleving	

(Probleem)gedrag/stemming	
Decorumverlies	
Agressief	
Angstig	
Apathisch	
Afwerend	
Depressief/euforisch	
Wanen/hallucinaties	

II. Orale anamnese	
Behandelhistorie	
Naam laatste tandarts	
Oordeel patiënt over mondgezondheid	
Toelichting	
Huidige klachten	
Klacht bestaat sinds	
Wordt beïnvloed door	
Zorgvraag cliënt	
Dagelijkse mondverzorging, zelfstandig of begeleid	
Motivatie om dagelijkse mondverzorging uit te voeren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Motivatie mondverzorging vóór opname	
Frequentie	
Soort tandenborstel	<input type="checkbox"/> hand <input type="checkbox"/> elektrisch
Interdentale reiniging	

<b>III. Sociale anamnese</b>	
Gezinssamenstelling; Partner, (klein)kind(eren)	
Levensbeschouwing	
Waar opgegroeid?	
Waar gewerkt? Vroeger beroep	
Sociaaleconomische status	

<b>Favoriete gespreksonderwerpen</b>	
Vroeger beroep	
Hobby's	
Favoriete muziek	

*Anamnese, onderzoek en mondzorgplan voor ouderen Deel A: Basisgegevens.*  
 © Differentiatieopleiding tandarts-geriatrie, Radboud universitair medisch centrum, Nijmegen / Stichting Bijzondere Tandheelkunde, Amsterdam

## 2. Onderzoeksformulier deel B: Mondgezondheid

Onderzoek	
Datum onderzoek	
Naam	
Geboortedatum	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw

Laatste tandheelkundig onderzoek / behandeling	
Periode	
Opmerking (informatie over laatste behandelaar als dit geen tandarts was)	

Extraorale bijzonderheden
(Spierhypertrofie, skeletale klasse, mondvorm, lachlijn, ragaden, cheilitis angularis, kaakgewricht, enz.)

Status praesens				
Bovenkaak	<input type="checkbox"/> dentaat	<input type="checkbox"/> edentaat	<input type="checkbox"/> partiële gebitsprothese	<input type="checkbox"/> volledige gebitsprothese
Onderkaak	<input type="checkbox"/> dentaat	<input type="checkbox"/> edentaat	<input type="checkbox"/> partiële gebitsprothese	<input type="checkbox"/> volledige gebitsprothese

Status praesens															
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

- X ontbreekt
- V voorzien van plastische restauratie(s)
- I implantaat (merk, suprastructuur)
- G gaaf element
- K kroon/inlay
- P pontic
- C cariës
- B brugpijler
- R radix relict

Noteren in eerste vakje,  
onder het elementnummer

- 0 mobiliteit ≤ 1 mm
- 1 mobiliteit 1-2 mm
- 2 mobiliteit 2-3 mm
- 3 mobiliteit ≥ 3mm

Noteren in tweede vakje,  
onder het elementnummer

DPSI		

Algemeen oordeel			
Esthetisch	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> acceptabel	<input type="checkbox"/> storend
Functioneel	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> acceptabel	<input type="checkbox"/> storend

### Laterale occlusale eenheden

Aantal rechts		
Aantal links		
Attritie	<input type="checkbox"/> fysiologisch	<input type="checkbox"/> pathologisch

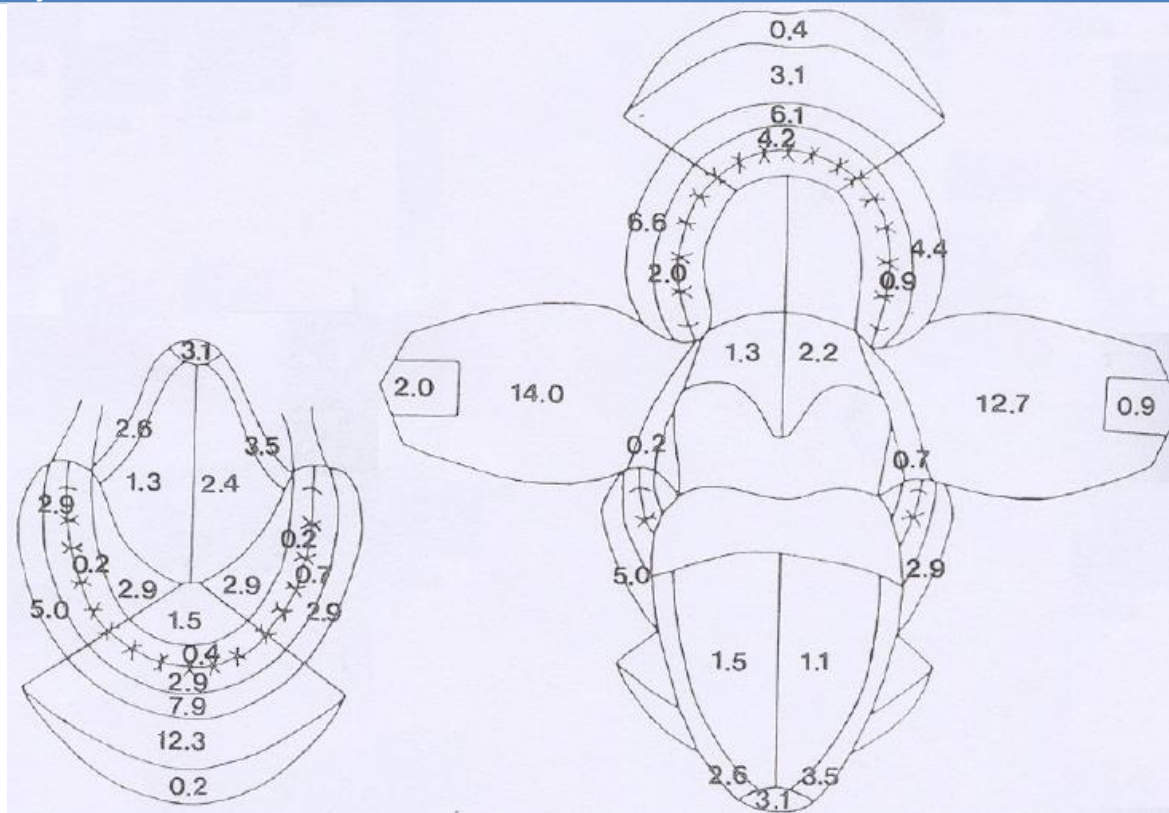
### Gebitsprothesen

Toestand gebitsprothesen

(stabiliteit, retentie, steun, oclusie, articulatie, fractuur, slijtage)

Boven		
Gebitsprothese gemerkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Onder		
Gebitsprothese gemerkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

### Slijmvliezen



<input type="checkbox"/> cheilitis angularis	<input type="checkbox"/> fistel	<input type="checkbox"/> leukoplakie
<input type="checkbox"/> droog	<input type="checkbox"/> flabby ridge	<input type="checkbox"/> ragade
<input type="checkbox"/> drukplaats of drukulcus	<input type="checkbox"/> hyperemisch of papillomateus palatum	<input type="checkbox"/> striae van Wickham; lichen ruber planus
<input type="checkbox"/> erytroplakie	<input type="checkbox"/> hyperkeratose	<input type="checkbox"/> tongbeslag
<input type="checkbox"/> exostose	<input type="checkbox"/> irritatiefibroom	<input type="checkbox"/> witte laesie
<input type="checkbox"/> schimmel, candida, stomatitis		

### Speeksel

Kwaliteit	<input type="checkbox"/> sereus	<input type="checkbox"/> normaal/mengvorm	<input type="checkbox"/> muceus
Kwantiteit	<input type="checkbox"/> veel	<input type="checkbox"/> normaal	<input type="checkbox"/> weinig

**Xerostomiescore (verkorte xerostomievragenlijst)**

(Vul hiervoor formulier 4 eerst in)

 < 8 geen xerostomie ≥ 8 xerostomie**Processus alveolaris**Resorptie  weinig  gemiddeld  veelHalitose  ja  neeOorzaak  oraal  niet-oraal**Indien het antwoord op bovenstaande vraag oraal is** tongbeslag  alcohol  voeding tonsillitis  sinusitis  gingivitis/parodontitis tabak  maligne tumor  faryngitis**Radiodiagnostiek**Radiodiagnostiek  ja  nee

Bevindingen

**Dossier**Dossier  aanwezig  opgevraagd  afwezig

Naam tandarts

**Evaluatie**Evaluatie  onderzoek volledig uitgevoerd  onderzoek gedeeltelijk uitgevoerd

Aanvullende informatie

Anamnese, onderzoek en mondzorgplan voor ouderen Deel B: Mondgezondheid.

© Differentiatieopleiding tandarts-geriatrie, Radboud universitair medisch centrum, Nijmegen / Stichting Bijzondere Tandheelkunde, Amsterdam



### 3. Onderzoeksformulier deel C: Diagnose, zorgplan en instructies

Patiënt	
Naam	
Geboortedatum	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Juridische status	

Diagnoses en inventarisatie problemen	
<b>Medisch/psychisch/sociaal</b>	
Reden van opname	
Hoofddiagnose	
Beoordeling levensverwachting	
Medisch-tandheelkundige interactie (medicijnen, medische risico's bij behandeling, overige zaken)	
Communicatie	
Coöperatie	

Oraal	
Zorgvraag cliënt	
Dagelijkse mondverzorging (frequentie, soort tandenborstel, interdentaal reiniging, zelfstandig/begeleid, motivatie/coöperatie)	
Orale problemen (cariës, parodontale aandoeningen, slijmvlies-aandoeningen, functie, etc.)	

Herkenning: (hoofdprobleem en etiologie)

(Hoofd)doelstelling mondzorgplan

Mogelijke en te kiezen oplossingen voor zorgplan			
Voorlopige strategie	<input type="checkbox"/> occlusiebehoud	<input type="checkbox"/> occlusieopbouw	<input type="checkbox"/> occlusieafbouw
Mogelijke oplossingen			
Kritiek op mogelijke oplossingen			
Voorstel mondzorgplan			

Toetsing mondzorgplan	
Informatie patiënt / familie / arts / verzorgenden	
Toestemming patiënt / 1ste contactpersoon / familie	
Schriftelijk informed consent => zie zorgplan	

## Mondzorgplan

### 1. Behandeling acute problemen

### 2. Voorlopig mondzorgplan

### 3. Evaluatie en heroriëntatie

### 4. Uitvoering definitief mondzorgplan

### 5. Nazorg en evaluatie: (met patiënt/familie/arts/verzorgenden)

## Rolverdeling bij uitvoeren zorgplan

	mondzorg	mondverzorging	protheseverzorging	voeding	anders
Patiënt					
Familie					
Verzorgenden					
Arts					
Tandarts					
Mondhygiënist					
MKA-chirurg					
Logopedist					
Ergotherapeut					
Diëtist					
Preventieassistent					
Tandartsassistent					

Advies dagelijkse mondverzorging			
Tandenborstel	<input type="checkbox"/> elektrische tandenborstel, daags <input type="checkbox"/> handtandenborstel, daags		
Interdentale reiniging	<input type="checkbox"/> tandenstoker <input type="checkbox"/> rager <input type="checkbox"/> easy-pick <input type="checkbox"/> floss	<input type="checkbox"/> airfloss <input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> anders:	
Tandpasta			
Chloorhexidine	<input type="checkbox"/> spoeling <input type="checkbox"/> spray <input type="checkbox"/> gel	<input type="checkbox"/> ja, daags <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> 0,12% <input type="checkbox"/> 0,2%
Tongreiniging	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee		
Bijzonderheden			

Advies protheseverzorging			
Tandenborstel	<input type="checkbox"/> handtandenborstel, daags <input type="checkbox"/> protheseborstel, daags		
Slijmvliezen reinigen	daags met zachte borstel		
's nachts	<input type="checkbox"/> bovenprothese in <input type="checkbox"/> bovenprothese uit	<input type="checkbox"/> onderprothese in <input type="checkbox"/> onderprothese uit	

Voeding	
Zoetmomenten (< 7* per dag)	<input type="checkbox"/> probleem <input type="checkbox"/> geen probleem

Evaluatie	
Evaluatie	<input type="checkbox"/> bij periodieke mondonderzoek <input type="checkbox"/> anders, namelijk <input type="checkbox"/> bij veranderingen

Anamnese, onderzoek en mondzorgplan voor ouderen Deel C: Diagnose, zorgplan en instructies.

© Differentiatieopleiding tandarts-geriatrie, Radboud universitair medisch centrum, Nijmegen / Stichting Bijzondere Tandheelkunde, Amsterdam

#### 4. Verkorte Xerostomievragenlijst

Patiënt		
Naam		
Geboortedatum		<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw

De volgende vragen gaan over uw mondgezondheid en monddroogte gedurende de **afgelopen 4 weken**.

Bij iedere uitspraak kunt u aankruisen hoe vaak die van toepassing is. Vult u s.v.p. iedere uitspraak in, er zijn geen goede of slechte antwoorden. Hoewel sommige vragen op elkaar lijken zijn er toch verschillen. Denk niet te lang na en kies het antwoord dat voor u een redelijke schatting lijkt.

Verkorte xerostomievragenlijst	nooit	soms	vaak
1. Mijn mond voelt droog aan wanneer ik eet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mijn mond voelt droog aan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Het kost me moeite om droog voedsel te eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ik heb moeite met het doorslikken van bepaalde voedingsmiddelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mijn lippen voelen droog aan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Xerostomiescore

## 5. Kwetsbaarheidsvragenlijst

Patiënt		
Naam		
Geboortedatum		<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Datum		

Vraag A	
Hoe vaak hebt u zich de afgelopen 4 weken vermoeid gevoeld?	<input type="checkbox"/> Voortdurend <input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Zelden <input type="checkbox"/> Nooit

Vraag B	
Vindt u het moeilijk een trap van ongeveer 10 treden op te lopen zonder te rusten en zonder gebruik te maken van een hulpmiddel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Vraag C	
Vindt u het moeilijk enkele honderden meters te lopen zonder gebruik te maken van een hulpmiddel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Vraag D		
Heeft een arts u ooit verteld dat u last hebt van		
Hoge bloeddruk (hypertensie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Suikerziekte (diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Kanker, ernstiger dan een kleine huidkanker	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Chronische longziekte	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Hartaanval (hartinfarct, myocardinfarct)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Hartfalen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Pijn op de borst (angina pectoris)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Astma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Gewrichtsontsteking (artritis)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Beroerte (cerebrovasculair accident, CVA)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Nierziekte	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

Vraag E	
Hoeveel weegt u op dit moment met uw kleren aan, maar zonder uw schoenen aan	kg (a)
Hoeveel woog u een jaar geleden met uw kleren aan, maar zonder uw schoenen aan	kg (b)
Percentage gewichtsverandering: $b - a : b \times 100 =$	

Kwetsbaarheidsscore