

## **Pflichtenheft für den Vertrauens-Zahnarzt<sup>1</sup> in den Alters- und Pflegeheimen im Wallis**

Genehmigt durch das Departement für Gesundheit, Soziales und Kultur (DGSK) des Kantons Wallis.

### **1. Präambel**

Das vorliegende Pflichtenheft legt die Leistungen des Vertrauens-Zahnarztes im Rahmen der zahnmedizinischen Versorgung in den Alters- und Pflegeheimen (APH) fest, die im Leistungsauftrag zwischen dem genannten Zahnarzt und der SSO Sektion Wallis vereinbart wurden.

### **2. Vertrauens-Zahnarzt**

Der Vertrauens-Zahnarzt verfügt über einen in der Schweiz anerkannten Titel als Zahnarzt, eine vom DGSK erteilte Zulassung zur Ausübung seines Berufs sowie eine Haftpflichtversicherung, die es ihm erlaubt, ausserhalb der Zahnarztpraxis tätig zu sein.

### **3. Zusammenarbeit**

Der Vertrauens-Zahnarzt verpflichtet sich, die Philosophie der Einrichtung zu respektieren und sich an den Massnahmen zur Qualitätsentwicklung im Pflegeheim zu beteiligen. Er wahrt das Berufsgeheimnis und übt seine Tätigkeit im Rahmen seines Mandats mit Sorgfalt aus.

Der Zahnarzt ist Ansprechpartner des Kantonszahnarztes für rechtliche, administrative und praktische Fragen im Zusammenhang mit der Zahnpflege.

### **4. Aufgaben des zuständigen Zahnarztes**

- Visuelle Untersuchung der Mundhöhle innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt eines neuen Bewohners in das Pflegeheim (nur bei Langzeitaufenthalt)
- Erstellung eines Berichts für das Pflegeheimpersonal (mit Empfehlungen zur Mundhygiene)
- Anweisungen für Bewohner und Pflegepersonal

---

<sup>1</sup> Zur besseren Lesbarkeit des Textes wird die männliche Form sowohl für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts verwendet.

## 5. Vertrag

Zwischen dem Pflegeheim und dem Vertrauens-Zahnarzt wird ein Vertrag abgeschlossen. Das vorliegende Pflichtenheft ist integraler Bestandteil dieses Vertrags.

Ort und Datum : \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift des zuständigen Zahnarztes des Pflegeheims :

Datum und Unterschrift zur Zustimmung des Leiters der Zahnarztpraxis, der den Vertrauens-Zahnarzt beauftragt oder bevollmächtigt :

**Bitte eine Kopie der Haftpflichtversicherung beifügen.**