

**Gestreckte Abschlussprüfung – Teil 2
Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r**

Musterfall

A

Prüfungsbereich

„Assistieren bei und Dokumentieren von zahnärztlichen Maßnahmen“

Arbeitsaufgabe

Ausgangssituation (Behandlungsfall)

Ein GKV-Patient kommt am Sonntag, dem 10.01.20xx zum Notdienst.

Personalien: Schumann, Robert, geb. 12.12.1962, Bergstr. 6, 98765 Hausen

Er hat seine elektronische Gesundheitskarte nicht dabei.

Dr. Ritter stellt bei der symptombezogenen Untersuchung und Beratung fest, dass sich – ausgehend von Zahn 14 oder 13 – ein submuköser Abszess entwickelt hat. Die Sensibilitätsprüfung am Zahn 13 ist negativ, der Zahn ist deutlich klopf- und berührungsempfindlich.

Im Auftrag von Dr. Ritter sollen Sie in diesem Bereich eine intraorale Röntgenaufnahme anfertigen.

Dr. Ritter rät zur Trepanation von Zahn 13 und zur Abszessinzision. Herr Schumann fragt Sie nach dem Ablauf der Behandlung.

Dr. Ritter beginnt die Behandlung mit einer:

Oberflächenanästhesie und Infiltrationsanästhesie im Bereich von Zahn 13.

Sie sollen alles Notwendige für die Behandlung vorbereiten.

Am Ende der Behandlung ordnet Dr. Ritter folgendes an:

- Arbeitsunfähigkeit für zwei Tage ab dem Tag der Behandlung
- Analgetikum Ibuprofen 600 mg, 10 Filmtabletten und Amoxicillin 1000 mg 10 Tbl. 2x tägl. 5 Tage

Die weitere Behandlung erfolgt beim Zahnarzt des Patienten.

Arbeitsaufgabe

Zeigen Sie situationsbezogen auf, wie Sie die Behandlung vorbereiten, begleiten und dokumentieren: vom Empfang des Patienten bis zum Ende der Behandlung, mit Nachbereitung des Arbeitsplatzes.

Viel Erfolg!

Anamnese und Befundbogen Praxis Dr. Ritter

Datum: Prüfungsdatum

Name: **Schumann**

Vorname: **Robert**

Geburtsdatum: **12.12.1962**

versichert bei: **AOK Bayern**

Adresse: **Bergstraße 6, 98765 Hausen**

weiblich männlich divers

Herz-/Kreislaufkrankung ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____ Monat

Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein

Sonstige Erkrankungen: ja nein

Asthma/Lungenerkrankungen ja nein

Wenn ja, welche?

Ohnmachtsanfälle ja nein

Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten ja nein

Lebererkrankung/Hepatitis ja nein

Wenn ja, welche?

Nierenerkrankungen ja nein

Rheuma/Arthritis ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein

HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein

Infektionskrankheiten ja nein

Drogenabhängigkeit ja nein

Raucher/in ja nein

Nehmen Sie regelmäßig ja nein

Medikamente ein?
Wenn ja, welche: _____

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? ja nein

Wenn ja, wann? (Jahr) **2016** _____

Planung
Befund

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Befund
Planung

Zahnstein

Mundschleimhauterkrankung

	S1	S2	S3	S4	S5	S6
PSI-Code						