

**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. Beachten Sie die Vorgaben zur Qualitätssicherung, Patientensicherheit und zum Datenschutz.

Viel Erfolg!

Musterfall A**Praxis Dr. Ritter
Anamnese**Name: **Schumann**Vorname: **Robert**Geburtsdatum: **12.12.1962**versichert bei: **AOK Bayern**Adresse: **Bergstraße 6, 98765 Hausen**weiblich männlich divers Herz-/Kreislaufkrankung ja neinBesteht eine Schwangerschaft? ja neinBlutgerinnungsstörungen ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____ Monat

Anfallsleiden (Epilepsie) ja neinSonstige Erkrankungen: ja neinAsthma/Lungenerkrankungen ja neinWenn ja, welche?
_____Ohnmachtsanfälle ja neinDiabetes/Zuckerkrankheit ja neinLebererkrankung/Hepatitis ja neinAllergien bzw. Unverträglichkeiten ja neinNierenerkrankungen ja neinWenn ja, welche?
_____Rheuma/Arthritis ja neinSchilddrüsenerkrankung ja neinHIV-Infektion/Stadium AIDS ja neinInfektionskrankheiten ja neinDrogenabhängigkeit ja neinRaucher/in ja neinNehmen Sie regelmäßig ja nein
Medikamente ein?

Wenn ja, welche: _____

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? ja neinWenn ja, wann? (Jahr) 2016
