

Zusatzanamnesebogen für Patienten mit Behinderungen

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Unterbringung

lebt in einer Wohngruppe/im Heim

wohnt in der eigenen Familie/bei Angehörigen

wohnt allein

ggf. Träger/ Einrichtung _____

ggf. Gruppe _____

Straße _____

PLZ/ Wohnort _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail-Adresse _____

verantwortliche Person
(z.B. Gruppenleiter)

Gesetzliche Betreuung (für Erwachsene)/ Sorgeberechtigung (für Kinder)

Es besteht keine gesetzliche Betreuung

Es besteht eine gesetzliche Betreuung

Gesetzliche/r Betreuer/in bzw. Sorgeberechtigte/r:

Vorname _____

Nachname _____

Straße _____

PLZ/ Wohnort _____

Telefon (tagsüber) _____

Fax _____

E-Mail-Adresse _____

Art/ Ursache der Behinderung

Rollstuhlfahrer:

kann in den Behandlungsstuhl umgelagert werden

kann nicht in den Behandlungsstuhl umgelagert werden

Verständigung

gut

eingeschränkt möglich

nicht möglich

Antrieb/ Stimmungslage

traurig/ verschlossen

labil

freundlich/fröhlich

unruhig

autoaggressiv

fremdaggressiv

Bisherige zahnärztliche Behandlungen

problemlos

schwierig aber möglich

in Narkose

Häusliche Zahnpflege

putzt alleine und eigenverantwortlich die Zähne

benötigt Unterstützung

kann Zähne nicht alleine putzen

Sonstiges