



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 _____ eMail-Adresse _____ verantwortliche Person
(z.B. Gruppenleiter) _____

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

Es besteht keine gesetzliche Betreuung Es besteht eine gesetzliche Betreuung

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

Vorname _____ Nachname _____

Straße _____ PLZ Wohnort _____

Telefon (tagsüber) _____ FAX _____ eMail-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