

## Zusatzanamnesebogen für Patienten mit Behinderung

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Unterbringung

- lebt in einer Wohngruppe/im Heim       wohnt in der eigenen Familie/bei Angehörigen       wohnt allein

ggf. Träger/Einrichtung \_\_\_\_\_ ggf. Gruppe \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ und Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_ verantwortliche Person  
(z. B. Gruppenleiter) \_\_\_\_\_

### Gesetzliche Betreuung (für Erwachsene) bzw. Sorgeberechtigung (für Kinder)

- Es besteht keine gesetzliche Betreuung.       Es besteht eine gesetzliche Betreuung.

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

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ und 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 allein und eigenverantwortlich Zähne  
 benötigt Unterstützung  
 kann Zähne nicht allein putzen  
 \_\_\_\_\_

#### Sonstiges