

ANAMNESE-Bogen

Patient/in mit Unterstützungsbedarf

Muss mindestens alle 2 Jahre neu ausgefüllt werden oder wenn sich der Gesundheitszustand ändert.

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

Wohngruppe _____

Email _____

Straße _____

Wohnort _____

Wohnform: ☐ stationär ☐ ambulant betreut ☐ bei Angehörigen ☐ allein oder _____
Gesetzliche Betreuung: ☐ keine Betreuung ☐ Betreuung eingerichtet ☐ minderjährig
Pflegegrad: ☐ keiner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Anspruchsberechtigung Eingliederungshilfe: ☐ ja ☐ nein
Schwerbehindertenausweis: ☐ ja → Merkzeichen _____ ☐ nein
Kommunikation: ☐ gut ☐ eingeschränkt ☐ kaum möglich
Bisherige Zahnbehandlungen verliefen ☐ problemlos ☐ unter Mühen ☐ in Narkose
Haare- & Finger-/Fußnagelschneiden funktionieren ☐ problemlos ☐ unter Mühen ☐ unter größten Mühen
Nahrungsaufnahme: ☐ normal ☐ passierte Kost ☐ per Sonde (z. B. PEG)
Zahnpflege: ☐ allein ☐ mit Unterstützung ☐ von Fremdperson geputzt ☐ Zähne werden nicht geputzt
Rollstuhl: ☐ nein ☐ ja → Umlagerung vom Roll- auf Behandlungsstuhl möglich ☐ ja ☐ nein
hatte schon einmal eine Narkose (egal weshalb) ☐ ja, wann: _____ ☐ nein

Art/Ursache der Behinderung _____

Alle Allgemeinerkrankungen und gesundheitliche Risiken (ggf. nach Rücksprache mit dem Hausarzt):

Herzpass: ☐ ja ☐ nein Allergiepass: ☐ ja ☐ nein

Medikamente (ggf. mit Kopie der Medikamentenliste):

Name **Hausärztin/-arzt:**

Persönliches (z. B. Eigenheiten, Hobbies, Kuscheltier,...):

Ausgefüllt von:

Name

Unterschrift

Datum

☐ unterstützende Person

☐ rechtliche/r Vertreter/in

☐ Hausärztin/-arzt

ZAHNARZTPRAXIS Dr. Elsäßer & Kollegen
Schlossberg 35
71394 Kernen-Stetten



Tel. 07151/4 11 11
FAX 07151/9401233
info@zahnarzt-kernen.de

10/2022