

Kinderanamnese

Patient				
Name, Vorname:	Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> inter
Straße, Hausnummer:	Postleitzahl, Ort:			
E-Mail-Adresse:				
Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> private Zahnzusatzversicherung			Name(n) der Versicherung(en)	
Interessen / Hobby / Lieblingsspielzeug				
Hauptversicherter				
Name, Vorname:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	Postleitzahl, Ort:			
Telefon:	Mobil:	Telefon geschäftlich:	Beruf:	

Wir möchten Ihrem Kind die bestmögliche und individuelle Behandlung zukommen lassen. Dafür benötigen wir Ihre Mithilfe. Bitte füllen Sie nachfolgenden Bogen sorgfältig aus.

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten?

Daumen/Finger ja nein
 Schnuller ja nein
 Saugerflasche ja nein

Sonstiges: _____

Putzt Ihr Kind alleine? ja nein

wie oft: _____

Kieferorthopädische Behandlung ja nein

Praxis: _____

Kinderarzt

Praxis: _____

Erster Zahnarztbesuch ja nein

Hat Ihr Kind Angst? ja nein

Hat Ihr Kind Beschwerden? ja nein

Sollten wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten?

Fluorid-Anamnese

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

fluoridierte Kinderzahnpaste ja nein
 fluoridiertes Speisesalz ja nein
 fluoridhaltiges Mineralwasser ja nein
 häusliche Fluoridierungsmaßnahmen (z.B. Elmex Gelee) ja nein

Sind bei Ihrem Kind in den letzten 2 Jahren zahnärztliche Röntgenaufnahmen erstellt worden? ja nein

Dürfen wir Ihr Kind an die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen erinnern (Recall)? ja nein

Spezielle Anamnese

Ist Ihr Kind normal entwickelt? ja nein

Anmerkung: _____

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
 Antibiotika ja nein
 Schmerzmittel ja nein

Hat/hatte Ihr Kind eine der nachfolgend benannten Erkrankungen?

Herzerkrankungen/-fehler ja nein
 Krampfanfälle/Epilepsie ja nein
 Niereneinschränkung /-insuffizienz ja nein
 allergisches Asthma/Lungenerkrankungen ja nein
 Blutgerinnungsstörungen ja nein
 Lebererkrankung/Hepatitis ja nein
 HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein

regelmäßige Medikamente: ja nein

welche: _____

regelmäßige Ernährungsgewohnheiten

Obst gesüßter Tee
 Süßigkeiten Milch/Kakao
 Fruchtsäfte Limonaden
 keine

Bitte wenden ☎

Wichtige Informationen

Entbindung der Schweigepflicht

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie dienen dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung berücksichtigen zu können und unerwünschte Auswirkungen zu vermeiden.

Unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen erklären Sie sich mit Ihrer Unterschrift einverstanden, dass wir Ihre Daten im Rahmen der Zweckbestimmung an Dritte (z.B. Hausärzte, Überweiser, Zahntechniklabore, Kostenträger) übermitteln dürfen.

Aufklärung über Lokalanästhesien / örtliche Betäubungen

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der Ausschaltung des Schmerzempfindens im Zahn-, Mund- und Kieferbereich. Durch die örtliche Betäubung können zahnärztliche Behandlungen in aller Regel schmerzfrei durchgeführt werden.

Abhängig von Ihrem gesundheitlichen Allgemeinzustand, der erfolgten Einnahme von Medikamenten oder Genussmitteln und der geplanten Behandlungsart bzw. -region können verschiedene Arten der örtlichen Betäubung (Infiltrationsanästhesie, Leitungsanästhesie, intraligamentäre Anästhesie) zur Anwendung kommen und die entsprechende Wirkungsdauer entsprechend variieren.

Risiken, Nebenwirkungen und Komplikationen einer Lokalanästhesie

Obwohl die örtliche Betäubung ein sicheres Verfahren ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Betäubungsmittel wie bei jedem Medikament möglich und nicht vermeidbar.

Immer

- **Einstichschmerz**
- **Kribbeln/Taubheit/Gefühllosigkeit** im betäubten Bereich bis zum Abklingen

Häufig

- kurzzeitige, punktförmige **Blutung** nach Einstich
- unvollständige Wirkung → **Ergänzung/Wiederholung** erforderlich
- **Fremdgefühl/Schwellungsgefühl** des betäubten Bereiches und/oder auf der Zunge/im Hals, Schluckreiz
- **eingeschränkte Beweglichkeit** betäubter Bereiche: Sprechen/Lachen/Schlucken/Spucken/Ausspülen

Manchmal

- **blitzartiger Schmerz** oder **Misempfindung** bei Setzen der Anästhesie
- **Schmerzen an der Einstichstelle** in den folgenden Tagen
- **Bluterguss** mit Schwellung
- vorübergehendes **Schwächegefühl, Kreislaufprobleme, Schwindel** kurzzeitig nach der Betäubung
- **eingeschränkte Reaktion/Konzentration/Müdigkeit/Schlaflosigkeit** bis einen Tag nach der Betäubung
- **Kopfschmerzen und/oder Übelkeit** bis einen Tag nach der Betäubung
- **Mitbetäubung** benachbarter oder etwas entfernter Bereiche (z. B. Nase, Auge, Ohr)
- unabsichtliche **Selbstverletzung** (z. B. durch Wangenbeißen), während die Betäubung noch anhält

Selten

- **Entzündung der Einstichstelle**
- **Kreislaufkollaps, Bewusstlosigkeit**
- leichte bis heftige **allergische Reaktionen** auf verwendete Materialien/Wirkstoffe
- **erst nach Tagen/Wochen/Monaten abklingende Gefühllosigkeit** im Verlaufsgebiet eines betäubten Nervs

Sehr selten

- **dauerhafte Gefühllosigkeit** im Verlaufsgebiet eines betäubten Nervs

Vereinbarung Ausfallhonorar

Unsere Praxis arbeitet nach einem Bestellsystem. Die vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert, um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen. Daher ist es notwendig, im Verhinderungsfall den vereinbarten Termin rechtzeitig – **spätestens 24 h vorher** – abzusagen.

Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass wir Ihnen im Falle der Nichteinhaltung eines Termins ohne fristgerechte Absage den entstandenen wirtschaftlichen Ausfall gemäß § 615 BGB in Höhe von **50,00 Euro** in Rechnung stellen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben.

Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter