

**Herzlich willkommen bei dental.h KIDS!**

Bevor wir uns den Zähnen Ihres Kindes widmen, möchten wir uns gut vorbereiten. Dazu benötigen wir ein paar Angaben zur Person und zur Gesundheit Ihres Kindes. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient			
Vorname		Name	
Geburtsdatum	Geburtsort		
Versicherungsverhältnis			
<input type="checkbox"/> selbst versichert	<input type="checkbox"/> mitversichert bei:		
Vorname	Name	Geburtsdatum	
Kontaktdaten des Versicherten			
Straße, Nr.		PLZ, Ort	
Telefon	Mobiltelefon	E-Mail	
Gegebenenfalls abweichende Kontaktdaten			
<input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigter	<input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer	<input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger	
Straße, Nr.		PLZ, Ort	
Telefon	Mobiltelefon	E-Mail	
Wünschen Sie Terminerinnerungen per SMS?		Möchten Sie an Kontrolluntersuchungen erinnert werden?	
ja <input type="checkbox"/>	nein, danke <input type="checkbox"/>	alle <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 12 Monate per <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> E-Mail	
Krankenkasse / Versicherung			
Mein Kind ist versichert bei		Mitgliedsnummer des Kindes	
Gesetzliche Versicherung / Familienversicherung		Private Versicherung	
<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> vollversichert		
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Beihilfe		
<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Standardtarif / Basistarif		
Wie wurden Sie auf dental.h aufmerksam?			
<input type="checkbox"/> persönliche Empfehlung durch:	<input type="checkbox"/> Überweisung von:		
<input type="checkbox"/> Annonce	<input type="checkbox"/> Website		
<input type="checkbox"/> Soziale Medien	<input type="checkbox"/> Telefonbuch		
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			
Bemerkungen:			

Was ist der Grund des Besuchs?	
<input type="checkbox"/>	Kontrolluntersuchung
<input type="checkbox"/>	Schmerzen
<input type="checkbox"/>	Beratung wegen einer kieferorthopädischen Behandlung
<input type="checkbox"/>	Zahnreinigung
<input type="checkbox"/>	Zähneknirschen
<input type="checkbox"/>	Sportschutz
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Hat Ihr Kind eine akute oder chronische Erkrankung?	
Herz- und Kreislauf	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
Gefäße	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
Atemwege und Lunge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
Leber	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
Nieren	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
Magen und Darm	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
Stoffwechsel und Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
Skelettsystem	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
Nerven und Gemüt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
Augen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
Blut	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
Immunschwäche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:

Hat Ihr Kind eine Allergie?	
Heuschnupfen oder Überempfindlichkeiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Medikamente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	
Jod	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflaster	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Latex (z. B. Luftballons o. ä.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:	

Hat Ihr Kind weitere Krankheiten oder Einschränkungen? Wenn ja, welche? Was sollten wir sonst noch wissen?

Nimmt Ihr Kind gerinnungshemmende Medikamente ein?	
Aspirin / ASS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Marcumar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ticlopidin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Clopidogrel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:	

Welche weiteren Medikamente nimmt Ihr Kind aktuell ein?

Röntgen	
Wurde Ihr Kind im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hausarzt oder Kinderarzt	
Name	Straße, Nr.
PLZ	Ort
Telefon	E-Mail

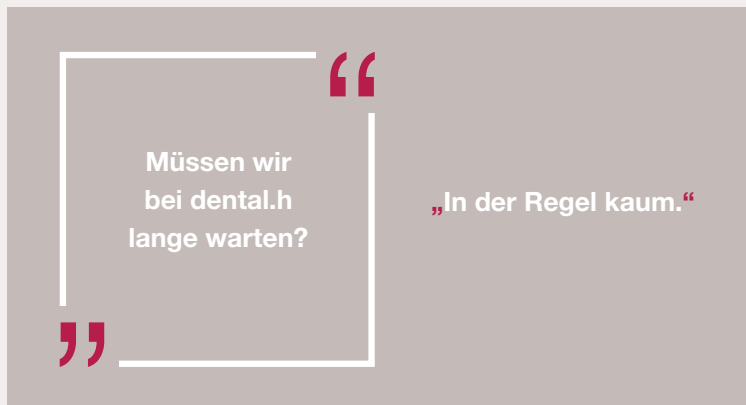
Aktuell laufende Behandlungen	
Grund oder Art	bei <input type="checkbox"/> Hausarzt/Kinderarzt <input type="checkbox"/> Facharzt, Name und Ort:
Grund oder Art	bei <input type="checkbox"/> Hausarzt/Kinderarzt <input type="checkbox"/> Facharzt, Name und Ort:

## Ganz wichtig

Teilen Sie uns bitte vor der nächsten Behandlung unaufgefordert mit, wenn sich am Gesundheitszustand Ihres Kindes etwas ändert!

Bei einigen Fragen bin ich mir nicht ganz sicher. Was jetzt?

„Wir helfen Ihnen gerne!“



Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Damit dieses System funktioniert, müssen wir allerdings so früh wie möglich Bescheid wissen, falls ein Patient einen Termin nicht wahrnehmen kann.

Deshalb bitten wir auch Sie, einen vereinbarten Termin im Falle eines Falles mindestens 24 Stunden vorher abzusagen – oder 48 Stunden vorher, wenn für die Behandlung zwei Stunden oder mehr angesetzt sind. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine nach geplantem Zeit- und Behandlungsaufwand in Rechnung stellen. Ihre Fairness ist also Ihr Vorteil.

Eines noch: Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Terminsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es in seltenen Fällen zu Terminverzögerungen kommen. Sie werden dann umgehend informiert.

## Danke für Ihre Unterstützung!

Ich bestätige hiermit, dass die Daten zur Person richtig sind und die Angaben zum Gesundheitszustand meines Kindes nach bestem Wissen erfolgten. Wenn sich am dargestellten Gesundheitszustand etwas ändert, teile ich das vor der jeweils nächsten Behandlung unaufgefordert mit.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

## Einverständniserklärung

Wir benötigen die Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten, falls der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Davon ausgenommen sind akute Schmerzbehandlungen.

- |                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/>            | Ich bin mit der Behandlung meines Kindes einverstanden   |   |
| <input type="checkbox"/>            | Mein Kind wird künftig auch alleine zur zahnärztlichen Kontrolle kommen. Im Rahmen dessen dürfen folgende Behandlungen ohne eine vorherige Absprache mit einem Erziehungsberechtigten durchgeführt werden: |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Zahnärztliche Kontrolle, Zahnreinigung und Unterweisung in Mundhygiene   | <input type="checkbox"/> Röntgenbilder  |
| <input type="checkbox"/>            | Fissurenversiegelung der großen Backenzähne (ohne Zuzahlung)   | <input type="checkbox"/> Füllungen      |
| <input type="checkbox"/>            | Fissurenversiegelung der kleinen Backenzähne (EUR 20,- pro Zahn, maximal 8 Zähne pro Jahr)   | <input type="checkbox"/> Zahnextraktion |

23.10.2018

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

## Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen (wie z.B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus Trigemimus (einem Hirnnerv) mit Gefühl versorgt.

Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie) in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (Intraligamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nerven (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar.

Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

**Hämatom (Bluterguss):** Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Eigenblutungen in einen der Kaumuskel in Folge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und zu Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt darüber informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

**Nervenschädigung:** Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte oder Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein kann. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach maximal 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie bitte Ihren Zahnarzt.

**Verkehrsuntüchtigkeit:** Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist primär nicht auf das Medikament, sondern vielmehr auf den Stress und die Angst im Rahmen der Behandlung sowie der lokalen Irritation zurückzuführen. Ihr Kind sollte daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

**Selbstverletzung:** Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile (z.B. Zunge, Wangen, Lippen) betäubt sein, sollte Ihr Kind, solange dieser Zustand anhält, bitte auf die Nahrungsaufnahme verzichten. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

## Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

- Die Aufklärung habe ich verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- Diese Einverständniserklärung gebe ich als Erziehungsberechtigter eines minderjährigen Patienten oder als gesetzlicher Betreuer ab.

Ich bzw. der Patient möchte

- immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- dies jeweils individuell entscheiden.

23.10.2018

Datum

Unterschrift

# Anamnesebogen KIDS

---

## Zeitliches Erstellungsprotokoll

### Aktionen im Arztmodus

23.10.2018, 09:57:44: Formular 'Anamnesebogen KIDS' geöffnet