



ZAHNGESUNDHEIT
BADEN-BADEN

KINDERANAMNESE

Vorname	Nachname
Geburtsdatum	Geburtsort

Erziehungsberechtigter

Mutter Vater Beide Sonstige:

Kontaktdaten der Erziehungsberechtigten

Vorname	Nachname
Geburtsdatum	E-Mail
Straße, Haus.-Nr.	PLZ/Ort
Telefon	Mobil

Krankenversicherung

Gesetzliche Krankenkasse ja Name der Krankenkasse:

Private Versicherung ja Name der Krankenkasse:

Kind ist versichert über

Mutter Vater

Besteht eine Zusatzversicherung

ja nein

Bei sonstigen Ärzten in Behandlung

Kinderarzt/ärztin	Kieferorthopäde/in
Name	Name
Straße, Hs.-Nr.	Straße, Hs.-Nr.
PLZ, Ort	PLZ, Ort

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung Telefonbuch Anzeige Internet Social Media Sonstiges:

Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

Asthma/Atemnot <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Haben Sie als Eltern <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Angst vor dem Zahnarzt?	Hat Ihr Kind Allergien? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche?
Chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> 1x täglich <input type="checkbox"/> 2-3x täglich	Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche?
Herzerkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Leidet Ihr Kind an sonstigen Erkrankungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche?	Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wann?
Diabetes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Genetische Erkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Tumore <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Blutgerinnungsstörung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Epilepsie (Krampfanfälle) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Infektionen (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		



ZAHNGESUNDHEIT
BADEN-BADEN

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. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar.

Ferner kann es zu folgenden Komplikationen kommen

Hämatom (Bluterguss)

Durch eine Verletzung kleiner Blutgefäße, können Blutungen in das umliegende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in den Kaumuskel, infolge der Injektion, kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen. Bitte informieren Sie Ihren Zahnarzt darüber, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann.

Nervenschädigung

Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern auftreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektionen im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte, Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein kann. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach maximal zwölf Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie bitte umgehend Ihren Zahnarzt.

Selbstverletzung

Sollten neben dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile betäubt sein, verzichten Sie während dieser Zeit bitte auf die Nahrungsaufnahme, da neben Bissverletzungen auch Verbrennungen oder Erfrierungen möglich sind.

Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Die Aufklärung habe ich verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. | <input type="checkbox"/> Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden. |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung | <input type="checkbox"/> Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden. |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Behandlungen mit örtlicher Betäubung behandelt werden. | |

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

► Teilen Sie uns bitte Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit.

Da wir immer bemüht sind, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, planen wir Behandlungszeiten ein die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie Ihren Termin einmal nicht wahrnehmen, entsteht in unserer Praxis ein Leerlauf. Wir bitten Sie deshalb, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine **mindestens 48 Stunden** vorher abzusagen. Wir behalten uns vor, nicht abgesagte Termine nach Zeitaufwand und geplanter Behandlung in Rechnung zu stellen.

Bitte bedenken Sie, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Terminsystem mit eingebunden werden müssen. Dadurch kann es in seltenen Fällen zu Zeitverzögerungen kommen. Sie werden darüber umgehend informiert. Bei Fragen oder Problemen beim Ausfüllen des Formulars steht Ihnen unser Praxisteam gerne zur Verfügung.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Auch im Rahmen einer zahnmedizinischen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Viele Beschwerden, wie Kopfschmerzen, Muskelverspannungen oder Kiefergelenksprobleme, haben ihre Ursache in einer gestörten Funktion des Kauorgans.

Meist werden Sie zwischen diesen Beschwerden und Ihren Zähnen keinen direkten Zusammenhang erkennen. Eine gründliche zahnärztliche Untersuchung beinhaltet jedoch, dass wir diesen Beschwerden nachgehen, um ihre Ursachen zu finden. Dabei beschränken wir uns nicht nur auf Ihre Zähne und Ihren Kiefer. Wir beziehen alle einwirkenden Faktoren mit ein.

Wir bitten Sie daher, den nachfolgenden Fragebogen sorgfältig zu lesen und zu beantworten und wenn erforderlich, zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen. Vermeiden Sie hierbei bitte jegliche eigene Interpretation der Fragen.