

Kinder- Anamnesebogen

Wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate risikoarme Behandlung. Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir Sie uns mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient/in
 Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Über welche Person ist das Kind versichert? :

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift: _____
 Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

Telefon privat: _____ Mobil: _____

Telefon geschäftlich: _____ E-Mail: _____

Krankenversicherung: gesetzliche Krankenkasse (GKV) gesetzliche Krankenkasse + Zusatzversicherung
 private Krankenkasse (PKV) PKV/Basistarif

Name der Krankenversicherung: _____

Grund für den Besuch?

- Vorsorgeuntersuchung empfohlene Kontrolle durch Kindergarten- oder Schuluntersuchung
 Kariesbehandlung Schmerzbehandlung
 Kieferorthopädische Behandlung

Wichtige Fragen für den Erstkontakt mit Ihrem Kind (Dieser Absatz ist nur auszufüllen beim ersten Besuch in unserer Praxis)

War Ihr Kind schon einmal bei einem Zahnarzt? Nein Ja, bei wem? _____

Hat Ihr Kind (negative) Erfahrungen gemacht? beim Arzt beim Zahnarzt im Krankenhaus
 Welche? : _____

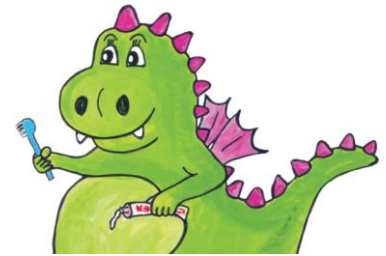
Wurden bereits Röntgenbilder bei anderen Zahnärzten erstellt? Nein Ja, wann _____

Befindet sich Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Nein Ja _____
 Name des Kinderarztes: _____

Möchten Sie in regelmäßigen Abständen an eine Kontrolluntersuchung (Recall) für Ihr Kind erinnert werden? Nein Ja

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden: Internet Bekannte
 Überweiser / Empfehlung von anderem Zahnarzt:

Bitte beantworten Sie auch die Fragen auf der Rückseite



Medizinische Befunderhebung

Besteht, bzw. bestand bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen?

- Allergien Nein Ja, welche? _____
- Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma) Nein Ja, welche? _____
- Blutgerinnungsstörungen Nein Ja, welche? _____
- Diabetes (welcher Typ) Nein Ja, welche? _____ Typ I Typ II
- Anfallsleiden (Epilepsie) Nein Ja, welche? _____
- Herz-, Kreislaufkrankungen Nein Ja, welche? _____
- Infektionskrankheiten Nein Ja TBC Immunmangel-Syndrom (AIDS)
 Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C
- Sonstige Erkrankungen Nein Ja, welche? _____
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja, welche? _____
- Nimmt Ihr Kind **momentan** Medikamente ein? Nein Ja, welche? _____

Was sollten wir noch über Ihr Kind wissen: _____

Aufklärung über die 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 trigeminus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (intragamentäre 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 u. a. zu folgenden Komplikationen kommen:

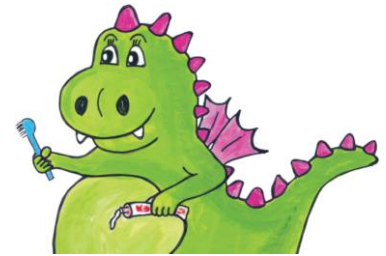
- **Hämatom (Bluterguss)**
- **Nervschädigung**
- **Selbstverletzung**
- **Allergie durch Konservierungsstoffe in Oberflächenanästhesie**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Aufklärung gelesen und verstanden zu haben. Dies verpflichtet nicht zur Behandlung unter Lokalanästhesie.

Ich habe alle Fragen gelesen, verstanden und alle Angaben zu meinem Kind sorgfältig und vollständig ausgefüllt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die wahrheitsgemäßen Angaben zu meinem Kind.

Hochheim, den _____
 Datum

 Unterschrift Erziehungsberechtigte/r



Patientennummer: _____

Prophylaxeorientierte Befunderhebung für Kinder unter 3 Jahren

1. Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne? gar nicht manchmal 1 x täglich 2 – 3 x täglich
2. Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind? gar keine fluoridfreie Kinderzahnpasta mit Fluorid
3. Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind? nur die Eltern Kind alleine Eltern und Kind
4. Wann putzen Sie Ihrem Kind die Zähne? morgens mittags abends
5. Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes? Handzahnbürste elektrische Zahnbürste
6. Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten? ja nein
7. Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz? ja nein
8. Wird Ihr Kind noch gestillt? ja nein
9. Bekommt Ihr Kind nachts (von 20 Uhr – 8 Uhr) etwas zu trinken? ja nein
Wenn ja, wie/woraus? Brust Flasche Becher mit Trinkaufsatz
10. Falls Ihr Kind noch aus einer Nuckelflasche trinkt. Welches Getränk ist am häufigsten in der Nuckelflasche?
 Wasser ungesüßter Tee Milch Saft/Schorle
11. Welche Schnullergewohnheiten bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat es? keine Schnuller Daumen