

**Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren**

**Persönliche Angaben:**

Nachname, Vorname (Patient)	Geburtsdatum	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort	Beruf
Telefon (privat/mobil)	Telefon (dienstlich)	E-Mail

**Ist Ihr Kind in ärztlicher Betreuung?** \_\_\_\_\_  
*Hausarzt- Name, Adresse, Telefonnummer*

**Versicherung** ( ) Gesetzlich versichert ( ) Privat versichert ( ) Basistarif ( ) Beihilfeberechtigt ( ) Zusatzversicherung

**Sind Patient und Versicherungsnehmer/Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:**

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort

**Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger**

Hat der Patient das 18.Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum	Name des Kindes	Erziehungsberechtigte- Nachname, Vorname
-------	-----------------	--

**Sehr geehrte/r Patient/in, auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand informiert zu sein. Das Praxisteam bitte Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen!**

**Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?** \_\_\_\_\_

**Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuches?** \_\_\_\_\_

**War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?** \_\_\_\_\_

<u>Allgemeine Gesundheitsangaben</u>	<u>bitte ankreuzen</u>	<u>Ergänzende Informationen</u>
<b>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</b>		
Herzklappenerkrankung/-defekt/ Endokarditisprophylaxe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Herzkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Andere _____		
<b>Infektionserkrankungen:</b>		
Hepatitis /Gelbsucht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
HIV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Andere _____		
<b>Weitere Erkrankungen:</b>		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Leberfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Rheuma/ Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____

Diabetes mellitus  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
 Geistige Erkrankungen  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
 Genetische Erkrankung  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
 Magen- Darm- Erkrankung/Verdauungsbeschwerden  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Allergien/ Unverträglichkeiten** Allergiepass: ( ) Ja ( ) Nein  
 Lokalanästhetika (Betäubungsmittel)  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
 Schmerzmittel  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
 Antibiotika  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
 Modeschmuck  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
 Pflaster  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
 Heuschnupfen  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Allgemeine Angaben:**  
 Drogenkonsum  Ja  Nein Wenn ja,  selten  oft  regelmäßig  
 Alkoholgenuss  Ja  Nein Wenn ja,  selten  oft  regelmäßig  
 Raucher  Ja  Nein Wenn ja,  0-10  über 10 Zig/Tag  
 Schwangerschaft  Ja  Nein Wenn ja, welche Woche \_\_\_\_\_  
 Frühere Röntgenuntersuchungen  Ja  Nein Wenn ja, Datum/ Körperteile \_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamente  Ja  Nein Wenn ja, seit wann/Name/ Medikationsplan:

--	--	--	--

**Wurden bereits operative Eingriffe durchgeführt? Welche/ Wann?**  
 ( ) Mandeln/Polypen ( ) Kieferhöhle ( ) Blinddarm ( ) Unterleib ( ) Schilddrüse ( ) Galle ( ) Sonstige \_\_\_\_\_

**Wurde/ Wird bei Ihrem Kind eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?** ( ) Ja ( ) Nein

Name / Adresse/ Telefon Kieferorthopäde \_\_\_\_\_

**Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung/ Zahnfarbe bzw. Ihrem Zahnersatz zufrieden?** ( ) Ja ( ) Nein, ich wünsche eine Beratung

**Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?** ( ) Wasser ( ) Tee ( ) Milch ( ) Kakao ( ) Saft ( ) Limonade ( ) Wasser mit Geschmack

**Wie schätzen Sie die Häufigkeit der Zuckeraufnahme Ihres Kindes ein?** ( ) Selten ( ) 1x/Tag ( ) mehrmals/Tag

**Welche Zuckerarten werden bevorzugt?** ( ) Süßigkeiten ( ) Obst ( ) Raffinierter Zucker ( ) Honig ( ) andere Süßungsmittel

**Wie werden die Zähne geputzt?** ( ) mit Hilfe der Eltern ( ) von den Eltern ( ) vom Kind

**Wie oft werden die Zähne geputzt?** ( ) < 1x/Tag ( ) 1x/Tag ( ) >1x/Tag

**Womit werden die Zähne geputzt?** ( ) Handzahnbürste ( ) Elektrische Zahnbürste ( ) Kombination aus Beidem

**Welche Zahncreme verwendet ihr Kind?** ( ) Zahncreme mit Fluorid ( ) Zahncreme ohne Fluorid

**Nimmt ihr Kind zusätzlich Fluoride zu sich?** ( ) Nein ( ) Fluoridiertes Speisesalz ( ) Fluor Tabletten

**Wünschen Sie eine Behandlung mit Fluorid im Rahmen der Prophylaxe?**  
 ( ) Ja ( ) Nein ( ) ich möchte über Alternativen beraten werden

**Wichtige Information:**

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren (persönliche Daten, Angaben zu meinem Gesundheitszustand, Medikamente).
- Ich verpflichte mich vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 2 Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstandene Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/ Erziehungsberechtigter \_\_\_\_\_

### **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, Wurzelkanalbehandlungen, Extraktionen, Operationen, in der Regel ohne Schmerzen 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 (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intragamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nervens (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:

- Postinjektionsschmerzen
- Vorübergehende oder dauerhafte Schädigung von Nervenfasern des N. lingualis oder des N. alveolaris inferior in Form von Gefühlsstörungen, bei der die entsprechende Zungenhälfte oder Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein kann
- vorübergehende Facialisparese (einseitige Gesichtslähmung) bei Injektion in die große Speicheldrüse (Glandula parotis)
- Gefäßverletzungen mit Hämatombildung- Bluterguss durch Einblutungen in das umgebende Gewebe
- Bei Einblutungen in einen der Kaumuskeln infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen kommen
- Schleimhautnekrosen (Untergang des Gewebes)
- Infektionen bis zur Abszessbildung
- Psychische Reaktionen mit Ohnmacht, Hyperventilation, Übelkeit, beschleunigter Herzschlag
- Allergische Reaktionen auf die Lokalanästhesielösungen, meist auf die Zusatzstoffe wie Natriumdisulfit (Adrenalin-Stabilisator), in Form von Hautreaktionen, seltener in Form eines anaphylaktischen Schocks
- Selbstverletzung- Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile (z.B. Zunge, Wangen, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

*Bitte beachten Sie auch, dass es in Folge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen kann. Diese ist primär nicht auf das Medikament, sondern vielmehr auf den Stress und die Angst im Rahmen der Behandlung sowie der lokalen Irritation zurückzuführen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.*

Sollten Sie Nebenwirkungen verspüren, die nach 24h nicht vollständig abgeklungen sind, informieren Sie bitte Ihren Zahnarzt.

### **Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie (bitte kreuzen Sie an)**

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

### **Vom Arzt auszufüllen**

Insbesondere wurden folgende Punkte besprochen:

---

---

Die Aufklärung habe ich verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

---

Datum

Unterschrift