

Kinder Anamnesebogen

Herzlich willkommen bei ALBDENTAL,

für eine an den Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Hinweis zur Organisation in unserer Praxis. Mir ist bewusst, dass ich mit meiner Unterschrift folgendes zur Kenntnis genommen und anerkannt habe: Termine, die nicht eingehalten werden können, müssen mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Bei nicht entsprechend abgesagten Terminen berechnen wir einen Stundensatz von 300 Euro § 615, 611 BGB, die wir Ihnen in Rechnung stellen. Für einen nicht rechtzeitig abgesagten Termin der Professionellen Zahnreinigung stellen wir 50 Euro in Rechnung. Ich habe die in den Praxisräumen ausgehängten Allgemeinen Geschäftsbedingungen zur Kenntnis genommen und bin mit deren Einbeziehung in den Behandlungsvertrag einverstanden.

Kind:

Name: _____ Vorname: _____
Str./Nr.: _____ Geb.Datum: _____
PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____
Krankenkasse: _____
Tel. Nr.: _____ Beruf: _____

Versicherungsnehmer:

Name: _____ Vorname: _____
Str./Nr.: _____ Geb.Datum: _____
PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____
Tel.Nr.: _____

Sorgeberechtigter:

Name: _____ Vorname: _____
Str./Nr.: _____ Geb.Datum: _____
PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____
Tel.Nr.: _____

LEIDEN ODER LITTEN SIE AN ERKRANKUNGEN FOLGENDER ORGANE?

Wann war Ihr Kind zum ersten Mal beim Zahnarzt? _____ Und wann das letzte Mal? _____

JA NEIN Besteht Zahnarztangst?
JA NEIN Wurde Ihr Kind bereits im Kiefer-/Zahnbereich geröntgt?
JA NEIN Gab es Zahnunfälle? Wenn ja, an welchen Zähnen? _____

Hat Ihr Kind Angewohnheiten wie ...

JA NEIN Daumenlutschen? JA NEIN Gebrauch eines Schnullers?
JA NEIN Lispeln? JA NEIN dauerhaft offener Mund?
JA NEIN Zungen- oder Wangenpressen? JA NEIN dauerhafte Mundatmung?
JA NEIN Lippenbeißen?

FRAGEN ZUR ALLGEMEINGESUNDHEIT DES KINDES

Leidet Ihr Kind unter einer der folgenden Erkrankungen?

JA NEIN Hat Ihr Kind Allergien?
Wenn ja, gegen welche Stoffe ist es allergisch? _____
JA NEIN Herz-Kreislauf-Erkrankungen?
JA NEIN Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche?
JA NEIN Infektionskrankheiten?
JA NEIN Bluterkrankungen?
JA NEIN Schilddrüsenerkrankungen?
JA NEIN Diabetes?
JA NEIN Nimmt Ihr Kind aktuell oder regelmäßig Medikamente?



| | | |
|----|------|--|
| JA | NEIN | Sonstige Erkrankungen? |
| JA | NEIN | Gab es Knochenbrüche im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich? |
| JA | NEIN | Hat Ihr Kind eine Gelenkprothese z. B. ein künstliches Knie- oder Hüftgelenk? Wenn ja, was genau? |
| JA | NEIN | Diabetes? |
| JA | NEIN | Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? Wenn ja, welche? |

WEITERE ADMINISTRATIV WICHTIGE INFORMATIONEN:

| | | |
|----|------|--|
| JA | NEIN | Dürfen wir Sie per SMS an Ihre Termine in unserer Praxis erinnern? |
| JA | NEIN | Dürfen wir Ihre Röntgenbilder nach Anforderung digital übermitteln? |
| JA | NEIN | Dürfen wir Ihnen Rechnungen und weitere Unterlagen per Mail zuschicken? E-Mail: _____ |
| JA | NEIN | Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Kontrolltermine erinnert werden? Mobilfunknummer: _____ |

Aufklärung und Einwilligung zur Lokalanästhesie

Um eine schmerzfreie zahnärztliche Behandlung gewährleisten zu können, muss eine örtliche Betäubung (Lokalanästhesie) vorgenommen werden. Dazu wird durch eine Injektion ein Medikament (Lokalanästhetikum) in den Bereich des behandelten Zahnes (Oberkiefer) oder der versorgenden Nerven (Unterkiefer) verabreicht. Das Lokalanästhetikum führt zur vorübergehenden Ausschaltung der Schmerzempfindung. Wie jede ärztliche Behandlung ist auch die Durchführung der Lokalanästhesie mit einigen speziellen Risiken und Nebenwirkungen für den Patienten verbunden. Es können insbesondere folgende Komplikationen auftreten:

Bluterguss, Infektionen, Schwellung, Bewegungseinschränkung der Kaumuskulatur, allergische Reaktionen, Schädigung der Nerven (einschließlich Sensibilitätsstörungen = Kribbeln, Missempfindung, kein Gefühl), Herz-Kreislaufprobleme.

Komplikationen treten insgesamt nur selten und meistens vorübergehend auf. In extrem seltenen Fällen können die durch eine Lokalanästhesie verursachte Komplikation (u.a. Nervenschädigung, Sensibilitätsstörungen) jedoch auch dauerhaft bestehen bleiben.

Wir empfehlen ausdrücklich die Beachtung folgender wichtiger Verhaltensregeln nach einer Lokalanästhesie:

Die Verabreichung eines Lokalanästhetikums kann u. U. zu einer vorübergehenden Einschränkung der Reaktionsfähigkeit führen. Deshalb weisen wir Sie darauf hin, dass nach einer Lokalanästhesie die Straßenverkehrstauglichkeit nicht mehr gewährleistet sein kann. Auch die Arbeit mit gefährlichen Maschinen und die verantwortliche Aufsicht über betreuungsbedürftige Personen (z.B. Kinder) muss dann unterlassen werden.

- Solange die Wirkung der Anästhesie besteht (meist 2-3 Stunden), sollte der Patient nicht essen.

- Durch die Wirkung der Lokalanästhesie können während des Kauens Verletzungen an den Weichteilen der Mundhöhle (z.B. Lippe, Wange) entstehen, ohne dass Sie es bemerken.

Datenschutz:

Der Schutz Ihrer Daten ist uns sehr wichtig. Deshalb haben wir unsere Datenschutzrichtlinien aktualisiert und an die neue EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) angepasst. Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen. Durch die Inhalte der Datenschutzrichtlinie kommen wir hiermit unseren Informationspflichten nach Art. 13 bzw. 14 DSGVO nach. Im Wartezimmer liegt unsere Datenschutzerklärung aus.

Nachdem ich im Rahmen der Aufklärungsfrist über mögliche Komplikationen und notwendige Verhaltensregeln aufgeklärt worden bin, erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei mir/meinem Kind eine Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) vorgenommen wird. Meine Fragen wurden beantwortet.

Eine Aufklärung über weitere Einzelheiten wünsche ich nicht bzw. erfolgte, soweit ich es wünschte.

Für GKV - Patienten:

Bitte beachten Sie, dass wir für die ordnungsgemäße Dokumentation und Abrechnung der in Anspruch genommenen Leistungen (auch Beratung per E-Mail) im entsprechenden Quartal Ihre Versichertenkarte benötigen. Wir bitten Sie daher höflichst, diese unaufgefordert vorbeizubringen. Ich versichere, dass ich in der Krankenvorgeschichte alle meine bekannten Leiden und Beschwerden genannt habe.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Falls nur ein Elternteil unterschreibt:

Ich versichere hiermit, dass ich das alleinige Sorgerecht habe bzw. im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handle.

Datum: _____ Unterschrift: _____

