



Fragebogen für Jugendliche

Liebe Patienten, liebe Eltern herzlich Willkommen in unserer Praxis !

Ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache.

Wir freuen uns, dass Du uns Deine Zahngesundheit anvertrauen möchtest. Deshalb sichern wir Dir jetzt schon zu, dass wir Deine Behandlung so schonend und sorgfältig wie möglich durchführen werden. Um die Behandlung optimal auf Dich abstimmen zu können, bitten wir Dich, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Solltest Du dazu noch Fragen haben, beantworten wir Dir diese gerne. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutzgesetz. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen.

Patient

männlich weiblich

Name:.....

Vorname:.....

Strasse:.....

PLZ/Ort:.....

Geb.-Datum:.....

Krankenkasse:.....

gesetzlich privat

Mobil-Tel.:.....

Zusatzversicherung ja nein

Beihilfeberechtigt? ja nein

Hast Du einen Basistarif ja nein bei Deiner privaten Versicherung?

Versicherter / Rechnungsempfänger (Eltern)

Name:.....

Vorname:.....

Strasse:.....

PLZ/Ort:.....

Geb.-Datum:.....

Beruf:.....

Telefon privat:.....

Fax privat:.....

Mobil-Tel.:.....

E-mail:.....

Tel. beruflich:.....

Angaben zum Gesundheitszustand

Krankheiten, Allergien, Medikamenteneinnahme und -unverträglichkeiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte beantworte unsere nachfolgend aufgeführten Fragen, damit wir Deine Behandlung darauf abstimmen können.

Bist Du zur Zeit in **ärztlicher Behandlung**? ja nein

Wenn ja, weshalb?.....

Nimmst Du regelmäßig **Medikamente** ein? ja nein

Wenn ja, welche?.....

Wer ist Dein **Hausarzt**?.....

Von wem wurdest Du an uns überwiesen?.....

Hast Du **Allergien**?.....

Rauchst Du? Nikotin / E- Zigarette ja nein

Wenn ja, wie viel ?.....

Besteht eine **Schwangerschaft** ? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche?.....

Bestehen oder bestanden bei Dir folgende **Erkrankungen**:

Herzerkrankung ja nein Nierenerkrankung ja nein

Herzschrittmacher / künstl. Herzklappen ja nein Lungenerkrankung / Asthma ja nein

Hoher Blutdruck ja nein Nasen-/Nebenhöhlen-
erkrankung ja nein

Niedriger Blutdruck ja nein

Ohnmachtsneigung ja nein Drogen- oder Alkohol-
abhängigkeit ja nein

Blutgerinnungsstörung ja nein Epilepsie ja nein

Rheuma ja nein

Grüner Star ja nein

Diabetes ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein Infektionskrankheiten
(HIV, HCV, TBC, o.ä.) ja nein

Lebererkrankung (Gelbsucht) ja nein ADHS ja nein

Magen-/Darmerkrankung ja nein

Sonstige Erkrankungen: _____

Hattest Du jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Medikamente oder Spritzen? ja nein

Grund Deines Besuches / Beratung

Gründe Deines Zahnarztbesuches:

- | | |
|--|-----------------------|
| Kontrolluntersuchung | <input type="radio"/> |
| Prophylaxe | <input type="radio"/> |
| Karies | <input type="radio"/> |
| Zahnschmerzen | <input type="radio"/> |
| Zahnlockerungen | <input type="radio"/> |
| Zahnfehlstellungen | <input type="radio"/> |
| Zahnfleischprobleme | <input type="radio"/> |
| Mundgeruch | <input type="radio"/> |
| Zähneknirschen | <input type="radio"/> |
| Aussehen der Zähne in Form, Stellung und Farbe | <input type="radio"/> |
| Verletzungen | <input type="radio"/> |

Wünschst Du eine besondere Beratung zu folgenden Themen?

- | | |
|---|-----------------------|
| Mundgesundheitstherapie (Prophylaxe) | <input type="radio"/> |
| Zahnpflege | <input type="radio"/> |
| Ernährung | <input type="radio"/> |
| Fluoride | <input type="radio"/> |
| Zahnersatz | <input type="radio"/> |
| Zahnärztliche Hypnose (Tiefenentspannung) | <input type="radio"/> |
| Zahnfehlstellungskorrektur | <input type="radio"/> |
| Schwangerschaft und Zähne | <input type="radio"/> |

Sonstiges:.....

Behandlungsvorbereitung

Damit wir den Besuch optimal auf Deine Bedürfnisse anpassen können, haben wir noch einige Fragen:

Haben Deine Mutter, Dein Vater Angst vor dem Zahnarztbesuch? ja nein
Wenn ja, wodurch wurde dies in der Vergangenheit ausgelöst?

.....

Welche Bedürfnisse hast Du, um den Besuch bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten?

.....

.....

Hast Du negative Vorerfahrungen bei Ärzten gemacht? ja nein
Wenn ja, welche?.....

Traten bei zahnärztlichen Behandlungen Probleme auf? ja nein
Wenn ja, welche?.....

.....

Sind schon einmal Röntgenaufnahmen gemacht worden? ja nein
Wie lange ist das her?.....

Wurden Deine Zähne vom Kieferorthopäden korrigiert? ja nein
Seit wann bist Du in Behandlung? _____
Hast Du eine lockere oder feste Zahnspange? _____

Hast Du Wachstumsschmerzen in Deinem Körper? ja nein

Hast Du manchmal Muskelschmerzen / -krämpfe? ja nein

Gerne kannst Du auch selber Deine Musik zur Behandlung mitbringen.

Mundgesundheit

Mundhygiene

- Wie oft **reinigst** Du Deine Zähne täglich? 0-1 mal 1-2 mal öfter
- Wie **lange** dauert der Putzvorgang? unter 2 min. über 2 min.
- Benutzt Du **Zahnseide** oder Zwischenraumbürstchen? ja nein
- Welche **Zahnbürste** benutzt Du? elektrisch Handzahnbürste
- Wie oft tauscht Du Deine Zahnbürste aus?
- Verwendest Du eine **Mundspüllösung**? ja nein
- Welche **Zahnpasta** benutzt Du?
 eine handelsübliche Zahnpasta eine nicht fluoridierte Zahnpasta
- Kaust Du **Zahnpflegekaugummis**? tägl. gelegentl. nie
- Welche weiteren Hilfsmittel benutzt Du?
- Hast Du schon einmal **Prophylaxe** durchführen lassen? ja nein
- Bist Du an einer Verbesserung Deiner Zahnpflege interessiert? ja nein
- Möchtest Du wissen, wie hoch Dein Karies-ist? ja nein
- Wir können vor Ort Dein Karies Risiko bestimmen: Speichel und Kariestest

Ernährung

- Wie viele **Hauptmahlzeiten** nimmst Du zu Dir? < 3 3-5 > 5
- Wie häufig isst Du zwischen diesen Mahlzeiten **zusätzlich**? < 3 3-5 > 5
- Wie **ernährst** Du dich? Mischkost Vegetarisch Vegan
- Wie oft am Tag isst Du **Obst/ Gemüse** < 1 2 > 2
- Wie oft isst Du **Süßigkeiten** am Tag < 1 2 > 2
- Wie häufig trinkst Du außerdem etwas anderes als **Wasser**? < 3 3-5 > 5
- Welches Getränk nimmst Du am häufigsten zu Dir?.....
- Trinkst Du zum Einschlafen oder Nachts etwas? ja nein
- Wenn ja, was?
- Sonstige Angaben zum Ernährungsangebot?

Gibt es sonst noch etwas, das Dir am Herzen liegt und das Du mit uns besprechen willst?

.....
.....
.....

Wie wurdest Du auf unsere Praxis aufmerksam?.....

Möchtest Du unseren halbjährlichen Erinnerungsservice nutzen? ja nein

Wir würden uns über ein kleines Feedback freuen, wie Dir dieser Fragebogen gefallen hat.

.....
.....

In eigener Sache:

Du kommst zu uns in die Praxis mit dem Wunsch nach einer schonenden und sorgfältigen Behandlung. Damit dies nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgen kann, ist gerade in der Füllungs- und Wurzelbehandlung, so wie in der Zahnersatzbehandlung ein deutlicher zeitlicher Mehraufwand und die Verwendung von hochwertigen und bei uns mit **biologischen und ungiftigen** Materialien notwendig.

Da die Krankenkassen nicht die Kosten einer hochwertigen Versorgung tragen, ist die Behandlung meist mit Mehrkosten verbunden.

Wir - und unsere speziell ausgebildeten Mitarbeiterinnen - beraten Dich und Deine Eltern über unser modernes und gesundes Leistungsspektrum und in Kostenfragen.

Um Dir lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit nur für Dich reservieren. Das heißt aber auch, dass die Praxis still steht, wenn ein Termin nicht eingehalten wird.

Wir laden Dich gerne ein uns als Praxis auf [google](#) zu bewerten.

Wir bitten Dich daher herzlich, Dein Termin mindestens einen Arbeitstag vorher abzusagen, wenn Du diesen nicht einhalten kannst. Ansonsten werden wir den Ausfall in Rechnung stellen müssen.

Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

Ort/Datum Unterschrift

Patient Name:

Unterschrift der Eltern /
Erziehungsberechtigten

Aufklärung über die Lokalanästhesie

Unsere Praxis legt großen Wert darauf, dass Sie schmerzfrei behandelt werden. Da jede medizinische Behandlung gewisse Risiken birgt, sind wir gesetzlich dazu verpflichtet, Sie darüber aufzuklären.

Bei der Leitungsanästhesie wird ein Betäubungsmittel direkt in die Nähe des Nervs injiziert und zwar in Höhe seiner Eintrittsstelle in den Kiefer. Die Nervenfasern werden vorübergehend gehemmt, Informationen wie Schmerz oder Berührungsempfindungen zum zentralen Nervensystem zu übermitteln. Nach einiger Zeit baut der Körper das Lokalanästhetikum ab und der Nerv reagiert wieder auf Reize.

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:

Häufig:

- unvollständige Wirkung, Ergänzung /Wiederholung erforderlich
- Fremdgefühl /Schwellung des betäubten Bereiches und/oder auf der Zunge, im Hals, Schluckreiz
- eingeschränkte Beweglichkeit betäubter Bereiche: Schwierigkeiten beim Sprechen/Lachen/Schlucken
- spürbares und/oder sichtbares Hängen von der Lippe, Wange

Manchmal:

- blitzartiger Schmerz oder Missempfindungen durch Nervberührung
- Schmerzen an der Einstichstelle in den folgenden Tagen
- Bluterguss mit Schwellung und/oder sichtbare Verfärbung und /oder Bewegungseinschränkungen
- vorübergehendes Atemnotgefühl durch Betäubung kleiner Schleimhautbereiche der Speiseröhre
- Mitbetäubung benachbarter oder etwas entfernter Bereiche (z.B. Nase, Auge, Ohr)
- Weiße Flecken und /oder Rötung von Hautbereichen über den betäubten Bereichen
- unabsichtliche Selbstverletzung (z.B. durch Wangenbeißen), während die Betäubung noch anhält

Selten:

- Entzündung der Einstichstelle
- vorübergehende Schwellung des unteren Augenlides, zuschwellen des Auges, Sehstörung
- Kreislaufkollaps, Bewusstlosigkeit
- erst nach Tagen/Wochen/Monaten abklingende Gefühllosigkeit im Verlaufsgebiet eines betäubten Nervs

Sehr selten: ▪ dauerhafte Gefühllosigkeit im Verlaufsgebiet eines betäubten Nervs/hängende Lippe/Wange unter 1%

Nervschädigung: 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 max. 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie uns.

Verkehrstüchtigkeit: 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. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie:

Diese Aufklärung habe ich verstanden und ich willige in die Verabreichung von Betäubungsspritzen im Rahmen zahnärztlicher Behandlungen ein. Mir ist bekannt, dass ich eine Einwilligung bis zum Beginn einer einzelnen Behandlung widerrufen kann.

Maintal,

_____ Datum

_____ Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigte/r
Name in Druckbuchstaben: _____

Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind gilt: Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.