



KINDER-ANAMNESEBOGEN für das 6-14. Lebensjahr

Liebe Eltern !

Wir sind an einer guten Behandlung Ihres Kindes interessiert. Deshalb bitten wir Sie, diesen speziellen Kinder-Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen. Ihre Angaben, die selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, helfen uns, Ihr Kind medizinisch verantwortlich zu betreuen.

Beim Zahnarztbesuch mit Ihrem Kind ist Ihre Unterstützung wichtig.

Bitte vermitteln Sie keine negativen Zahnarztbilder. Kommen Sie stattdessen frühzeitig und regelmäßig zu unserer Prophylaxe für Kinder. Der Zahnschmelz der Milchzähne ist vergleichsweise dünn und erhöht die Anfälligkeit der Zähne für Karies. Ebenfalls ist die Schmelzstruktur für eine Füllungstherapie nicht optimal aufgebaut, umso wichtiger ist die Prävention und Prophylaxe.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe !

Ihr Praxisteam Dr. Ljiljana Grumann

Persönliches

Name/Vorname des Kindes _____ Geburtsdatum _____

Strasse / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Tel. geschäftlich _____

Familienversichert bei : Vater Mutter Name (Hauptversicherer): _____

Geburtsdatum: _____

Name der Krankenkasse: _____

gesetzlich privat Zusatzversicherung : Name _____

Wer ist der Kinderarzt ?

Kinderarzt/-ärztin: _____

Name, Adresse, Telefon

weiter mitbehandelnde Ärzte/Ärztinnen (z.B. Homöopath, Osteopath, Logopäde):

Name, Adresse, Telefon

Name, Adresse, Telefon

Damit wir eine optimal auf die Bedürfnisse Ihres Kindes zugeschnittene Behandlung planen können, würde es uns sehr helfen, etwas über Ihr persönliches Verhältnis zu zahnärztlicher Behandlung zu erfahren:

Allgemeine Fragen :

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarztbesuch? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Gehen Sie regelmäßig zur Kontroll- /Vorsorgeuntersuchung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Lassen Sie sich nur behandeln, wenn Sie Zahnschmerzen haben? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie selbst schon an einem Prophylaxe-Programm teilgenommen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Hat Ihr Kind bereits eine Karies? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Allgemeine Anamnese

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Bei welchem Arzt? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Leidet es an Allergien(Jod), Asthma oder Heuschnupfen? Ja Nein

Hat Ihr Kind eine Latexallergie auf Luftballons, Gummihandschuhe? Ja Nein

Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente? Ja Nein

Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung? Ja Nein

Hatte Ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle? Ja Nein

Hat Ihr Kind Zuckerkrankheit (Diabetes) oder Schilddrüsenerkrankungen? Ja Nein

Hat Ihr Kind Nasen / Nebenhöhlenerkrankung? Ja Nein

Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)? Ja Nein

Leidet es an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)? Ja Nein

Andere Erkrankungen? _____ Ja Nein

Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? Ja Nein

Spezielle Anamnese

Normale **Entwicklung** des Kindes Ja Nein

Anmerkungen _____

Gab es Probleme bei der **Schwangerschaft / Geburt:**

unauffällig / normal Kaiserschnitt Zangengeburt

Anmerkungen _____

1. Wie **oft** werden die Zähne geputzt ?
 gar nicht manchmal 1 x täglich 2 – 3 x täglich
2. Welche **Zahnpasta** verwenden Sie für Ihr Kind?
 gar keine Fluorid freie Kinderzahnpasta (500 ppm Fluorid) Erwachsenenzahnpasta (über 1000 ppm Fluorid)
3. Wer **putzt** die Zähne bei Ihrem Kind?
 Eltern Kind selbst Eltern und Kind
4. Wann werden die Zähne geputzt?
 vor dem Frühstück nach dem Frühstück nach dem Mittagessen
 nach dem Abendessen vor dem Zu-Bett-Gehen
5. Womit werden die Zähne geputzt?
 Handzahnbürste elektrische Zahnbürste Munddusche
 Zahnzwischenraumbürste Zahnseide Zahnhölzchen
6. Werden oder wurden **D-Fluoretten** gegeben ? Ja Nein
7. Wird **Fluorid-Gel** (z.B. Elmex Gelee) angewendet? Ja Nein
8. Benutzen Sie **fluoridiertes Speisesalz**? Ja Nein weiß nicht
9. Wurde Ihr Kind **gestillt**? Ja Nein
10. **Lutscht** Ihr Kind oder hat es gelutscht? Ja Nein
Wenn ja woran und wie lange? _____
11. Welches **Getränk** wird tagsüber getrunken?
 Wasser ungesüßter Tee Apfelsaft Eistee anderes _____
12. **Ernährungsgewohnheiten/ Ernährung**?
 Überwiegend süß überwiegend deftig gemischt vegan vegetarisch
 Obst Fast Food isst unkontrolliert isst wenig isst viel
13. Wie viele Zwischenmahlzeiten isst Ihr Kind am Tag ungefähr? _____
14. Für welche **Beschäftigungen** hat Ihr Kind eine besondere Vorliebe?
(Spiele, Sport, Bücher) _____
15. **Lieblings Tier** ? _____
Lieblingskuscheltier (bitte mitbringen, wenn ihr Kind das möchte): _____
16. Liegen **Schlafstörungen / Konzentrationsstörungen** vor ? Ja Nein
17. Wie **atmet** ihr Kind? Durch die Nase Mund weiß ich nicht
18. Hat Ihr Kind **Wachstumsschmerzen** ? Ja Nein
Wenn ja, kennen Sie den VitD Wert Ihres Kindes und wie hoch ist dieser: _____ ng/ml
19. Sind schon Zähne **gefüllt** oder defekt? Ja Nein

20. Ist das Zahnfleisch oft gerötet, entzündet oder blutig (z.B. beim Zähneputzen?) Ja Nein

21. Betreibt Ihr Kind intensiv **Sport** ? Ja Nein

Wenn ja, welche ? _____

23. Befindet sich Ihr Kind in **kieferorthopädischen** Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, seit wann und wie ist die Therapie? _____

Festsitzend: Herausnehmbar:

24. Kennen Sie das individuelle funktionelle und bakterielle **Karies Risiko** Ihres Kindes?

ja nein wünsche mehr Information darüber

Wir können vor Ort das Karies Risiko Ihres Kindes bestimmen: Speichel und Bakterientest

25. Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt? ja nein (Erstbesuch)

Wenn ja, wann? Warum? _____

Wenn ja, wie ist das Verhältnis zum Zahnarzt? Sehr gut weniger gut gar nicht gut

Was ist der Grund des heutigen Besuches ? _____

Zum Schluss

Bitte teilen Sie uns Änderungen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes (z.B. Allergien) mit, damit wir diese berücksichtigen können.

Dürfen wir Sie an die Vorsorgeuntersuchung erinnern? Nein Ja , 1x Jahr 2 x Jahr

Herzlichen Dank, Sie haben uns geholfen, noch individueller auf Ihre Wünsche einzugehen.

Nutzen Sie die Angebote Ihrer Krankenversicherung für regelmäßige Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, ab dem 6. Geburtstag die halbjährliche Individualprophylaxe. In den meisten Fällen sind diese ausreichend. Sollten wir zusätzliche Therapiemaßnahmen für sinnvoll halten, werden wir Sie darüber informieren. Sie entscheiden dann, welche Angebote Sie wahrnehmen möchten.

Denn wir wissen: Bei Kindern mit gesunden Zähnen ist Zahnarztangst erfahrungsgemäß am geringsten ausgeprägt.

Da uns neben der Zahngesundheit auch die allgemeine Gesundheit sehr wichtig sind, verwenden wir für unsere Fissurenversiegelungen und Füllungen biologische und ungiftige Materialien.

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

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit für Sie reservieren.

Wir nehmen uns Zeit für Sie und Ihr Kind! Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um frühzeitige Absage. Bei Kurzbehandlung 12 h, und bei einer Langzeitbehandlung 48 Std. vorher. Ansonsten werden wir Ihnen den Ausfall in Rechnung stellen müssen.

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

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

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

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.