

# AUFNAHMEBOGEN



LÜNEBURGER  
**KINDER  
ZÄHNE**

Dr. Erika Christmann  
Dr. Charlotte Ribbat

## KIND / PATIENT

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_  weiblich  männlich

Straße/Nr. PLZ/Ort \_\_\_\_\_

NAME DER KRANKENKASSE \_\_\_\_\_

Basistarif  zusätzlich versichert  freiwillig versichert  beihilfeberechtigt

### ERZIEHUNGSBERECHTIGTER

Mutter  Vater  beide

### KIND IST VERSICHERT ÜBER

Mutter  Vater

## MUTTER

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

## VATER

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

## KINDERARZT

## VORHERIGER/ÜBERWEISENDER ARZT

Name/Ort \_\_\_\_\_ Name/Ort \_\_\_\_\_

## HAT ODER HATTE IHR KIND EINE DER FOLGENDE KRANKHEITEN?

Asthma	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Tumore	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Chronische Bronchitits	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzerkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Hör- und Sehprobleme	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Infektionskrankheiten z.B. Hepatitis, TBC	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Genetische Erkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Vitamin B12-Mangel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Lernschwäche/AD(H)S	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein			

Sonstige Krankheiten \_\_\_\_\_

Nachgewiesene Allergien \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft bzw. der Geburt?  Ja  Nein

Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft?  Ja  Nein

## ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

- War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt?  ja  nein Warum? \_\_\_\_\_
- Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber Zahnärzten?  positiv  neutral  ängstlich  erster Zahnarztbesuch
- Hat Ihr Kind aktuell Zahnschmerzen?  ja  nein
- Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall, bei dem Mund oder Gesicht verwundet wurden?  ja  nein
- Hat Ihr Kind einen Schnuller oder lutscht am Daumen?  ja  nein
- Schnarcht Ihr Kind beim Schlafen?  ja  nein
- Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?  ja  nein Bei wem? \_\_\_\_\_
- Wurden vom Mund-/Kiefer-/Gesichtsbereich bereits Röntgenaufnahmen angefertigt?  ja  nein Wann? \_\_\_\_\_

## ERNÄHRUNGS-/PUTZGEWOHNHEITEN & FLUORIDANAMNESE

- Wurde Ihr Kind gestillt?  ja  nein Wie lange? \_\_\_\_\_
- Wurde Ihr Kind durch die Flasche ernährt?  ja  nein  auch nachts/zum Einschlafen
- Was trinkt ihr Kind hauptsächlich? \_\_\_\_\_
- Wie oft isst Ihr Kind Süßes?  täglich  \_\_\_ mal/Woche  selten
- Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne?  1x tägl.  2x tägl.  3x tägl.  öfter  unregelmäßig
- Putzen Sie die Zähne Ihres Kindes nach?  ja  nein  Ich kontrolliere nur
- Geben Sie Ihrem Kind Fluorid-Präparate?  Zahnpasta  Fluorid-Tabletten  Fluorid-Gel (1x Wo)  
 Speisesalz  Mundspüllösung  nein
- Womit putzt Ihr Kind die Zähne?  Handzahnbürste  Elektr. Zahnbürste
- Verwendet Ihr Kind Zahnseide?  ja  nein

## ANAMNESE DER ELTERN

- Allergien (nachgewiesen)  ja  nein
- Medikamentenunverträglichkeit (z.B. Antibiotika)  ja  nein
- Besteht bei Ihnen eine angeborene Zahnüber- oder Unterzahl?  ja  nein

## WAS SOLLTEN WIR NOCH ÜBER IHR KIND WISSEN?

---

---

---

Ihr Kind geht in:  eine Krippe  den Kindergarten  die Schule/Klasse

- Ich bestätige, die Fragen zur Anamnese nach meinem besten Wissen beantwortet zu haben.
- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Dokumentation und praxisinterner Qualitätssicherung Fotoaufnahmen angefertigt werden. Diese Bilder unterliegen ebenso wie die übrigen Behandlungsdaten der zahnärztlichen Schweigepflicht.
- Ich versichere, jede relevante Veränderung meiner Angaben vor weiteren Behandlungen mitzuteilen.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

**Wir sind eine Bestellpraxis und versuchen die Wartezeiten immer so kurz wie nötig zu halten. Kommen Sie deshalb pünktlich zu den Terminen. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, so bitten wir Sie – mindestens einen Tag vorher – abzusagen.**



## BEHANDLUNGS-EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Um Ihr Kind behandeln zu können, benötigen wir eine Behandlungseinwilligung. Bitte lesen Sie diese genau durch, bei Fragen besprechen wir diese gerne mit Ihnen. Selbstverständlich informieren wir Sie grundsätzlich über bevorstehende Behandlungsschritte und sprechen diese mit Ihnen ab.

### KIND / PATIENT

Name	Vorname	geboren am
Straße/Nr. PLZ/Ort		

### GESETZLICHER VERTRETER

Name	Vorname	geboren am
Straße/Nr. PLZ/Ort		

Hiermit ermächtige ich die Zahnärztin Dr. Erika Christmann/Dr. Charlotte Ribbat – ggf. ihre Vertretung – unter Mitarbeit der zahnmedizinischen Fachangestellten, zahnärztliche und/oder zahnchirurgische Behandlungen an meinem Kind einschließlich der Anwendung notwendiger oder empfehlenswerter Lokalanästhesie, Röntgen oder sonstiger Diagnostik durchzuführen.

Zahnärztliche Behandlungen können folgendes umfassen:

- Oberflächenanästhesie/Lokalanästhesie
- Digitale Röntgenbilder
- Kinderprophylaxe/Zahnreinigung/Fissurenversiegelung
- Behandlung erkrankter Zähne mit Füllungen oder endodontische Behandlungen
- Kinderkronen
- Extraktionen/Entfernen eines oder mehrere Zähne
- Platzhalter für fehlende Zähne/Frühkieferorthopädische Behandlung
- Behandlung von Zahnfleischerkrankungen
- Lachgassedierung

Sehr selten auftretende Risiken und Folgen sind: Taubheitsgefühl, Schwellung, Blutung, Übelkeit, Erbrechen, Infektion, allergische Reaktion und Aspiration. Extrem selten können auch Gehirnschädigungen, Lähmungen und Narben auftreten. Ich verstehe und akzeptiere weiterhin, dass extrem selten auftretende Komplikationen die Einlieferung in ein Krankenhaus erforderlich machen und sogar zum Tode führen können.

Ich habe diese Behandlungsaufklärung gelesen und verstanden. Ich verstehe auch, dass ich das Recht habe Fragen zu stellen, die sich während der Behandlung ergeben.

Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigter
-------	-------------------------------------

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