



Liebe Eltern,

auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über den Gesundheitszustand Ihres Kindes bestmöglich informiert zu sein. Wir möchten Sie daher bitten, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten, bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen.

Vielen Dank,

Ihr Praxisteam Dr. med. dent Christian Gobrecht M. Sc.

### **Allgemeine Angaben**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
E-mail Adresse: \_\_\_\_\_  
Tel. Privat: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Tel. Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_

Daten des Versicherten

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Plz, Ort: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

pflichtversichert:             ja /  nein  
Zusatzversicherung:         ja /  nein  
privatversichert:          ja /  nein  
Beihilfe                      ja /  nein  
Privatbasistarif:          ja /  nein

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Durch wen wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen? \_\_\_\_\_

### **Wünschen Sie eine besondere Beratung über:**

Kariesvermeidung	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Kiefergelenkbehandlung	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Individualprophylaxe	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Ästhetische Zahnheilkunde	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Zahnfarbene Keramikfüllungen	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Amalgamentfernung	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein

Ihre persönlichen Hauptanliegen: \_\_\_\_\_

Möchten Sie regelmäßig an den halbjährlichen  
Untersuchungstermin Ihres Kindes erinnert werden?

ja /  nein



**Medizinische Befunderhebung / Gesundheitliche Angaben:**

Herzerkrankungen?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Immunerkrankungen?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Herzschrittmacher?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	HIV pos?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Hepatitis A/B/C?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Rheuma?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Marcumar?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Diabetes?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Kreislaufbeschwerden?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Gelenkserkrankungen?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
hoher / niedriger Blutdruck?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein		
Atemwegserkrankungen?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Nierenerkrankungen?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Asthma?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Rückenerkrankungen?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Chronische Bronchitis?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Magen-Darm Erkrankung?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Nervenerkrankungen?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Augenschwäche?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Depressionen?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Trägt Ihr Kind eine Sehhilfe?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Angstzustände?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein		
Allergien?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Welche? _____	
Allergiepass?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein		
Rauchen ?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Wieviel? _____	
Alkoholverzehr?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein		
Schwangerschaft ?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Monat? _____	
Bisphosphonate?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	Welche? _____	
Regelmäßige Medikamente?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein		

Sonstige Angaben: \_\_\_\_\_

**Anamnese zur Früherkennung schlafbezogener Atemstörungen:**

Schnarcht Ihr Kind?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Schnarcht Ihr Kind jede Nacht?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Schnarcht Ihr Kind in jeder Schlafposition?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Fühlen sich Ihr Kind morgens nach dem Erwachen zerschlagen oder müde?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Setzt beim Schlafen die Atmung öfter aussetzt?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein
Waren Sie mit Ihrem Kind schon in einem Schlaflabor?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein

**Besteht der Verdacht, dass es sich um krankmachendes Schnarchen handelt, kann dies mit Hilfe von intraoralen Schlaf-Therapie-Geräten behandelt werden. Sprechen Sie uns an, wir informieren Sie gerne.**



### **Aufklärung über zahnärztliche Lokalanästhesie**

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch Anästhesien können die notwendigen Behandlungen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird die Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um dies zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nerven platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen wie z.B. Hämatome (Bluterguss), Nervschädigungen, Verkehrsuntüchtigkeit (Reaktionsfähigkeit eingeschränkt), Selbstverletzung und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht ganz auszuschließen.

### **Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie (bitte ankreuzen):**

- Ich möchte immer, dass mein Kind mit örtlicher Betäubung behandelt wird.
- Ich möchte nie, dass mein Kind mit örtlicher Betäubung behandelt wird.
- Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen, dass mein Kind mit örtlicher Betäubung behandelt wird.

Ich bin über alles ausreichend informiert worden und versichere, dass ich alle allgemeinen und gesundheitlichen Angaben zu meinem Kind entsprechend meinem eigenen Informationsstand gemacht habe und bestätige zudem hiermit die Richtigkeit meiner Angaben.

Termine, die wir nicht einhalten können, werden spätestens 24 Stunden vorher absagt.  
Nicht eingehaltene und nicht abgesagte Termine werden in Rechnung gestellt.

Bielefeld, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter