



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., M.Sc. und Malte Peters

Allgemeine Angaben

Name: _____

Daten des Versicherten

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Name: _____

Geburtsort: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Geburtsdatum: _____

PLZ, Ort: _____

E-mail Adresse: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Tel. Privat: _____

Name: _____

Handy: _____

Straße: _____

Plz, Ort: _____

Versicherung: _____

pfl ichtversichert: ☐ ja / ☐ nein

Zusatzversicherung: ☐ ja / ☐ nein

privatversichert: ☐ ja / ☐ nein

Beihilfe ☐ ja / ☐ nein

Privatbasistarif: ☐ ja / ☐ nein

Hausarzt: _____

Durch wen wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen? _____

Dr. med. dent. Christian Gobrecht M.Sc., M.Sc.
Master of Science
Malte Peters

Zahnarztpraxis - Prophylaxe-Center
Praxis für ästhetische Zahnheilkunde
und Implantologie



Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Kariesvermeidung ☐ ja / ☐ nein Kiefergelenkbehandlung ☐ ja / ☐ nein

Individualprophylaxe ☐ ja / ☐ nein Amalgamentfernung ☐ ja / ☐ nein

Ihre persönlichen Hauptanliegen: _____

Möchten Sie regelmäßig an den halbjährlichen
Untersuchungstermin Ihres Kindes erinnert werden? ☐ ja / ☐ nein



Dr. med. dent. Christian Gobrecht M.Sc., M.Sc.

Master of Science

Malte Peters

Zahnarztpraxis - Prophylaxe-Center
Praxis für ästhetische Zahnheilkunde
und Implantologie

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 | | |
| Marcumar? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | Rheuma? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| Kreislaufbeschwerden? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | Diabetes? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein |
| hoher / niedriger Blutdruck? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | Gelenkserkrankungen? | <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 | | |
| | | | |
| Bisphosphonate? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | | |
| Regelmäßige Medikamente? | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein | Welche? | _____ |

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 aus? | <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.



Dr. med. dent. Christian Gobrecht M.Sc., M.Sc.

Master of Science

Malte Peters

Zahnarztpraxis - Prophylaxe-Center
Praxis für ästhetische Zahnheilkunde
und Implantologie

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