Kinderanamnesebogen

Wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate, risikoarme Behandlung. Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen.

Zutreffendes bitte ankreuzen

Alter des Kindes (Monate): _____ Muttersprache: _____

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
Verträgt Ihr Kind Latex (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

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

1. Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?
   ☐ gar nicht ☐ manchmal ☐ 1 x täglich ☐ 2 – 3 x täglich
   ☐ vor den Mahlzeiten ☐ nach den Mahlzeiten

2. Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?
   ☐ gar keine ☐ fluoridfreie Kinderzahnpasta
   ☐ Kinderzahnpasta (500 ppm Fluorid) ☐ Kinderzahnpasta (1.000 ppm Fluorid)
   ☐ Junior- oder Erwachsenenzahnpasta (1.400 bis 1.450 ppm Fluorid)

3. Welche Menge Kinderzahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind bei jedem Zähneputzen? ☐ Reiskorngröße ☐ Erbsengröße

4. Darf ihr Kind in der Krippe/Tagespflege/Kita das Zähneputzen mit der Bezugsperson üben?
   ☐ ja ☐ nein
   ☐ mit einer Erbse Kinderzahnpasta (500 ppm F^-) ☐ mit einem Reiskorn Kinderzahnpasta (1.000 ppm F^-) ☐ mit einer fluoridfreien Kinderzahnpasta

5. Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?
   ☐ Handzahnbürste ☐ elektrische Zahnbürste

6. Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten? ☐ ja ☐ nein

7. Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz? ☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

8. Wird/wurde Ihr Kind gestillt? ☐ ja ☐ nein

9. Geben Sie Ihrem Kind bereits zusätzlich Wasser oder andere Getränke? ☐ ja ☐ nein

Herausgeber: Bundeszahnärztekammer (BZÄK, 2021); Abdruck mit freundlicher Genehmigung von Dr. Andrea Thumeyer

10. Was bekommt ihr Kind in der Krippe/Tagespflege/Kita den ganzen Tag zu trinken?
☐ Wasser ☐ ungesüßter Tee ☐ Saftschorle ☐ Saft
Woraus? ☐ Tasse/Becher mit Trinkaufsatz ☐ offene Tasse/Becher ohne Trinkaufsatz

11. Bekommt Ihr Kind nachts (von 20 Uhr – 8 Uhr) etwas zu trinken? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja: wie? ☐ Brust ☐ Flasche ☐ Becher mit Trinkaufsatz ☐ andere: _____

12. Welches Getränk ist am häufigsten in der Nuckelflasche? ☐ Wasser ☐ ungesüßter Tee ☐ Apfelsaft ☐ Eistee ☐ anderes_____

13. Seit welchem Alter trinkt Ihr Kind aus einer Tasse/Becher? _____ (Jahr /Monat)

14. Bekommt Ihr Kind schon Beikost? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? _____

15. Ist der Vormittag in Krippe/Tagespflege eine „Zuckerpause" für die Zähne Ihres Kindes? Zuckerpause bedeutet es gibt zum zweiten Frühstück ausschließlich kauaktive Lebensmittel ohne zugesetzten Zucker bzw. Zuckerkonzentrate. ☐ ja ☐ nein

16. Welche Schnullergewohnheiten bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat es?

Es schnullert/lutscht am Daumen : ☐ nein ☐ tags, wenn es müde ist
☐ häufig zur Beruhigung ☐ immer zum Einschlafen

Schnullert es /lutscht es nachts am Daumen? ☐ ja ☐ nein
Können Sie den Schnuller/den Daumen nach dem Einschlafen herausziehen? ☐ ja ☐ nein

17. Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wann? _____ warum? _____
_____

18. Für welche Beschäftigungen hat Ihr Kind eine besondere Vorliebe? (Spiele, Sport, Bücher)

_____

17. Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder in der Klinik? ☐ keine

_____

_____

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.

In welchem Verhältnis stehen Sie zum Kind? (z.B. Mutter des Kindes): _____

Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarztbesuch?	☐ ja	☐ nein
Gehen Sie regelmäßig zur Kontroll-/ Vorsorgeuntersuchung?	☐ ja	☐ nein
Lassen Sie sich nur behandeln, wenn Sie Zahnschmerzen haben?	☐ ja	☐ nein
Haben Sie selbst schon an einem Prophylaxe-Programm teilgenommen?	☐ ja	☐ nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Hier noch ein Hinweis:

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

Herausgeber: Bundeszahnärztekammer (BZÄK, 2021); Abdruck mit freundlicher Genehmigung von Dr. Andrea Thumeyer

Aufnahmebogen

Nachname, Vorname (Patient/in) Geburtsort , Geburtsdatum

Nachname, Vorname (Versicherter) Geburtsdatum Krankenkasse / bitte auch private Zusatzversicherung angeben

Adresse

Telefon: privat mobil geschäftlich

Kinderärztin/Kinderarzt - Name, Adresse, Telefon

Kieferorthopäde / Kieferorthopädin - Name, Adresse, Telefon

Logopäde / Logopädin - Name, Adresse, Telefon

weitere mitbehandelnde Ärzte / Ärztinnen (z.B. Homöopath, Osteopath) - Name, Adresse, Telefon

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat die Patientin/ der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten notwendig:

Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigte/r) Geburtsdatum

Adresse

Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Herausgeber: Bundeszahnärztekammer (BZÄK); Abdruck mit freundlicher Genehmigung von Dr. Andrea Thumeyer

Dr. Dr. Stefan Eulitz & Dr. Dirk Wolfertz
Ottostr. 55a 85521 Ottobrunn

Aufklärung und Einwilligung zur Lokalanästhesie ("örtliche Betäubung")

NAME :_____ VORNAME :_____ Geb.: Datum:_____

Um eine schmerzfreie zahnärztliche Behandlung gewährleisten zu können, muss eine örtliche Betäubung (Lokalanästhesie) vorgenommen werden. Dazu wird durch eine Injektion ein Medikament (Lokalanästhetikum) in den Bereich des behandelten Zahnes (Oberkiefer) oder der versorgenden Nerven (Unterkiefer) verabreicht. Das Lokalanästhetikum führt zur vorübergehenden Ausschaltung der Schmerzempfindung. Wie jede ärztliche Behandlung ist auch die Durchführung der Lokalanästhesie mit einigen speziellen Risiken und Nebenwirkungen für den Patienten verbunden. Es können insbesondere folgende Komplikationen auftreten:

- Bluterguss
- Infektionen
- Schwellung
- Bewegungseinschränkungen der Kaumuskulatur
- Schädigung von Nerven (einschließlich Sensibilitätsstörungen = Kribbeln, Missempfindung, kein Gefühl)
- Allergische Reaktionen
- Herz-Kreislaufprobleme

Komplikationen treten insgesamt nur selten und meistens vorübergehend auf. In extrem seltenen Fällen kann die durch eine Lokalanästhesie verursachte Komplikation (u. a. Nervenschädigung, Sensibilitätsstörungen) jedoch auch dauerhaft bestehen bleiben.

Wir empfehlen ausdrücklich die Beachtung folgender wichtiger Verhaltensregeln nach einer Lokalanästhesie:

- Die Verabreichung eines Lokalanästhetikums kann u. U. zu einer vorübergehenden Einschränkung der Reaktionsfähigkeit führen. Deshalb weisen wir Sie darauf hin, dass nach einer Lokalanästhesie die Straßenverkehrstauglichkeit nicht mehr gewährleistet sein kann. Auch die Arbeit mit gefährlichen Maschinen und die verantwortliche Aufsicht über betreuungsbedürftige Personen (z.B. Kinder) muss dann unterlassen werden.

- Solange die Wirkung der Lokalanästhesie besteht (meist ca. 2-3 Stunden) sollte der Patient nicht essen. Durch die Wirkung der Lokalanästhesie können während des Kauens Verletzungen an den Weichteilen der Mundhöhle (z.B. Lippen, Wange) entstehen, ohne dass Sie es bemerken.

Nachdem ich im Rahmen der Aufklärungspflicht über mögliche Komplikationen und notwendige Verhaltensregeln aufgeklärt worden bin, erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei mir / meinem Kind eine Lokalanästhesie ("örtliche Betäubung") vorgenommen wird. Meine Fragen wurden beantwortet. Eine Aufklärung über weitere Einzelheiten wünsche ich nicht, bzw. erfolgte soweit ich es wünschte. Ich versichere, dass ich in der Krankenvorgeschichte alle mir bekannten Leiden und Beschwerden genannt habe.

Ottobrunn, den

_____ _____

Unterschrift der/des Patientin/en Unterschrift der/des Ärztin/Arztes

Zahnarztpraxis Dres. Eulitz & Wolfertz

Ottostr. 55a · 85521 Ottobrunn

Zahnärztliche Praxis
Dr. med. dent. Dr. med.
Stefan Eulitz
Dr. med. dent.
Dirk Wolfertz

Vereinbarung über Ausfallhonorar

Patient/in: _____

Geburtsdatum: __ __.__ __.__ __ __ __

Ein vereinbarter Behandlungstermin wird von unserer Praxis verbindlich und ausschließlich für den jeweiligen Patienten reserviert. Die hierfür eingeplante Behandlungszeit sowie das erforderliche Personal stehen zu diesem Zeitpunkt für andere Patienten nicht zur Verfügung.

Wir bitten daher um eine Absage spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin.

Bei einer Absage von weniger als 24 Stunden vor dem Termin oder bei Nichterscheinen kann ein Ausfallhonorar von 100% des Behandlungspreises berechnet werden nach § 615 Satz 1 BGB.

Ich bestätige, über diese Regelung und die 24-Stunden-Absagefrist informiert worden zu sein.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____

Zahnarztpraxis
Dr. Dr. Stefan Eulitz & Dr. Dirk Wolfertz
Ottostr. 55a
85521 Ottobrunn

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie bitten, uns zukünftige Änderungen Ihrer Gesundheitssituation und – Risiken mitzuteilen.

Vielen Dank

Datum	Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Patient/-in (Name, Vorname und Anschrift)

Geburtsdatum

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken.
Haben sich Ihre Daten geändert? Sprechen Sie uns bitte an.

Ggf. gesetzl. Vertreter/-in* oder abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zur Patientin / zum Patienten:

☐ Elternteil** ☐ Betreuer/-in ☐ Ehegattin/-gatte

☐ oder

** Bei gemeinsamem Sorgerecht wird die nachstehende Erklärung auch im Namen des anderen Elternteils abgegeben.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Versicherungsstatus, Tätigkeit, Arbeitgeber, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH (ABZ-ZR) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten.
- möglichen Einholung einer Information durch ABZ-ZR bei einer Auskunftei zur Prüfung meiner Bonität. Die Praxis und/oder ABZ-ZR teilen auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunftei mit.
- Abtretung der sich aus allen Behandlungen ergebenden Forderungen an ABZ-ZR.
- im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch ABZ-ZR an die DZ BANK AG Deutsche Zentral-Genossenschaftsbank, Frankfurt am Main (DZ BANK), wobei mir bewusst ist, dass die DZ BANK in diesem Zusammenhang Einsicht in die von der Praxis erteilten, erforderlichen Informationen gemäß dem ersten Absatz verlangen könnte.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ABZ-ZR die Leistungen meiner Praxis mir, meiner Krankenkasse (bei vereinbarter Direktabrechnung) oder dem zuständigen Kostenträger (Leistungen der gesetzl. Unfallversicherung/Sozialhilfe etc.) gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderungen unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Zahnärztin/Ärztin, der Zahnarzt/Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Zahnärztin/Ärztin, meinen Zahnarzt/Arzt sowie ABZ-ZR von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der DZ BANK.

Diese Zustimmung kann jederzeit – allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder ABZ-ZR zu erklären.

Umseitige Informationen zur Rechnung und zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort / Datum

X

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in* **und** ggf. abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in

*bei Personen unter 18 Jahren / Geschäftsunfähigen / beschränkt Geschäftsfähigen

Praxisstempel

ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH
Oppelner Straße 3 I 82194 Gröbenzell

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.

ABZ_EE-1_V15 08/26-520000