

Dokument gedruckt am:

Persönliche Angaben

Vor- & Zuname Ihres Kindes

Geburtsort & -datum Ihres Kindes

Anschrift (privat):

Telefon (privat):

Schule Klasse / Kindergarten:

Handy:

Geschwisternamen:

Kinderarzt:

Email Adresse des gesetzl. Vertreters:

Bitte halten Sie Ihre Email- und Hausadresse bei uns aktuell, damit wir Ihre gewählten Service-Wünsche zuverlässig erfüllen können.

Erinnerung 1/2-jährliche Kontrolle
 <<- Email oder Postbrief ->>

Erinnerung an die Zahnreinigung
 <<- Email oder Postbrief ->>

Rechnungen an Sie ggf. Vertreter
 <<- Email oder Postbrief ->>

Krankenkasse

Nicht selbst krankenversichert? Bitte geben Sie an, wer Versicherungsmitglied ist und ggf. auch die Rechnungen erhalten darf.

Name der Krankenkasse:

Vor- & Zuname des Versicherten

Geburtsdatum des Versicherten

von oben abweichende (Rechnungs-) Adresse des gesetzlichen Vertreters:

<<- Private Vers. *Basistarif*

<<- Ja gesetzlich Versich. Nein ->>

<<- Ja beihilfeberechtigt Nein ->>

<<- Private Versicherung

Erfahrungen mit

Zahnarztbesuch

Zahnprophylaxe

Zahnbehandlung

Betäubungen

Zahnarztangst

(Zahn-) Schmerz

Lebensweise

salzige Knabbereien

Süßigkeiten

zuckerreiche Getränke

tierische Kost

pflanzliche Kost

körperl. Aktivität

Nordseepraxis weil

... selbstverständlich eine rein freiwillige Auskunft.

Persönliche Empfehlung von:

Internet- oder Printmedium:

Sonstiges:

Risikoanamnese

Infektionserkrankungen

«- Ja HIV, TBC, Hepatitis (A,B,C...) o.ä. Nein ->

Chronische Erkrankungen

«- Ja Rheuma, MS, Krebs, Epilepsie etc. Nein ->

Hormonelle Erkrankungen

«- Ja Diabetes, Schilddrüse etc. Nein ->

Antibiotikaphylaxe nötig, wegen;

Herzklappendefekt, Herz-Op., Hüft- & Knieprothesen, bzw.: _____

Bestand oder besteht

«- Ja Drogen/Arzneimittelabhängigkeit Nein ->

«- Ja Alkoholunverträglichkeit Nein ->

«- Ja Herz-/Kreislaufkrankungen Nein ->

«- Ja Blutgerinnungsstörung Nein ->

Medikamente & Gesundheit

Diese Angaben sind notwendig, damit Infektionen oder unnötige Komplikationen vermieden werden können.

«- Ja blutverdünnende Medikament, wie; Marcumar, ASS (Aspirin), Xarelto, Plavix... *bitte zutreffendes unterstreichen* Nein ->

«- Ja Bisphosphonate wie Alendronsäure, Clo-, Eti-, Iban-, Pami-, Rise-, Tilu- oder Zoledronat Nein ->

«- Ja Medikamenteneinnahme, welche? _____ Nein ->

«- Ja Arzneimittelsensibilitäten und Allergien: _____ Nein ->

«- Ja aktueller Allergiepass liegt uns vor? _____ Nein ->

Ärztliche Behandlungen des letzten 1/4-Jahres: _____

Geröntgte Bereiche des letzten 1/2-Jahres: _____

Mundhygiene

Durch genaue Auskunft können Wechselwirkungen und Zusammenhänge besser erkannt und berücksichtigt werden.

«- Kind weigert sich die Zähne zu putzen

«- Kind putzt allein

«- Kind putzt mit Hilfe der Eltern

«- Eltern putzen die Zähne des Kindes

tägliches Zähneputzen:

Zahncreme aktuell

«- Ja mit Fluorid Nein ->

«- Ja mit Menthol Nein ->

«- Ja elektr. Zahnbürste Nein ->

«- Ja Handzahnbürste Nein ->

extra Fluoridgabe

«- Ja Elmex Gelee, o.ä. Nein ->

«- Ja Tablette, Salz... Nein ->

«- Ja Zahnseide Nein ->

«- Ja Interdentalbürste Nein ->

Bereichsauffälligkeiten

Psychische oder Nervensystemerkrankungen

Starke Behandlungsangst, Phobien

Augen (grüner Star), Ohr- oder Kaugeräusche

Stirn- oder Nasennebenhöhle

Migräne, Verspannungen im Gesicht

Genick, HWS, Kiefergelenkknacken

Haut, Neurodermitis etc.

Lunge & Atemsystem (Asthma)

Magen, Bauchspeicheldrüse, Milz

Leber, Galle, Verdauung,

Niere, Blase, Lymphe, Darm, Unterleib

keine

sonstige: _____

Im Mundraum

«- Ja Zahnschmerzen Nein ->

«- Ja Zahnfleischbluten Nein ->

«- Ja Zahnfleischrückzug Nein ->

«- Ja Zahnsteinbildung Nein ->

«- Ja Zahnverfärbung Nein ->

«- Ja gelockerte Zähne Nein ->

«- Ja Schleimhautentzündung Nein ->

«- Ja Knirschen Nein ->

«- Ja etwas Mundgeruch Nein ->

«- Ja Finger-Nuckeln Nein ->

«- Ja Schnuller Nein ->

«- Ja schiefe Zähne Nein ->

«- Ja Lispeln Nein ->

«- Ja Mundatmer (nachts) Nein ->

Findet eine kieferorthopädische Behandlung statt? Nein ->

bei: _____

seit: _____

wichtige Information

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe. Während des Behandlungszeitraumes werde ich die Mitarbeiter der Nordseepraxis umgehend über alle gesundheitlichen Änderungen informieren. Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

X

Datum und Unterschrift der Eltern oder Sorgeberechtigten

Unterschrift des Kindes

Patientenlegitimation

Vor- & Zuname sowie Geburtsdatum

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtl. Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen (wie z.B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerv) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesie möglichst dicht an kleinere Nervenfasern oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nerven "Leitungsanästhesie" platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen möglich. Bei einigen Patienten treten Schluckbeschwerden, eine Facialisparesie sowie temporäre Sehstörungen durch einen ungewöhnlichen anatomischen Verlauf der Nerven auf. Es kann zu allergischen Reaktionen: Anaphylaktischer Schock, Hautrötung, Hautausschlag, Kreislaufreaktionen, Bewußtseinstörung, Ohnmacht sowie zu vegetativen Symptomen z.B. Blässe, Unruhe, Angst und Verwirrung kommen. Ferner kann es u.a. zu folgenden Komplikationen kommen:

Verkehrstüchtigkeit: Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Nervenschädigung: 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 abgeklungen sein, informieren Sie Ihren Zahnarzt.

Hämatom (Bluterguss): Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebene Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einem der Kaumuskeln infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch Infektionen kommen. Zahnarzt darüber, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

Selbstverletzung: Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile (z.B. Zunge, Wange, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

Behandlung mit oder ohne zahnärztliche Betäubung

Ich möchte grundsätzlich immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

Nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen, (wie beispielsweise Wurzelbehandlung)

Eine zahnärztliche örtliche Betäubung möchte ich auf keinen Fall.

Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.

Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

Die Aufklärung habe ich verstanden. Alle Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____