

## Liebe Eltern, herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe Ihrem Kind widmen, benötigt das Praxisteam einige Informationen zu Ihnen.

Um Risiken zu vermeiden, ist es außerdem wichtig, dass Sie alle Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes gewissenhaft beantworten und uns auch in Zukunft Änderungen mitteilen.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

### Anmeldedaten

Kind: Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Mutter: Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Vater: Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Anschrift: PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Str. + Nr.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Sorgerecht:                      beide       Mutter       Vater       sonstige

Über wen ist das Kind versichert:                      Mutter       Vater       sonstige

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden (Empfehlung, Internet, Überweisung)? \_\_\_\_\_

### Grund der Anmeldung für Ihr Kind

Was können wir für Ihr Kind tun/Weshalb wurde Ihr Kind zu uns überwiesen:

\_\_\_\_\_

Welche Wünsche und Erwartungen verbinden Sie mit der Behandlung Ihres Kindes:

\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind bereits sichtbare Kariesstellen?                      JA       NEIN

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?                      JA       NEIN

Bekommt Ihr Kind zur Zeit wegen Zahnschmerzen Schmerzmittel/Antibiotikum?                      JA       NEIN

## Allgemeinmedizinische Fragen

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft, bei der Geburt bzw. nach der Geburt? JA  NEIN   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? JA  NEIN   
Bei welchem Arzt: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind ein? \_\_\_\_\_ KEINE

Leidet Ihr Kind an Allergien, Asthma oder Heuschnupfen? JA  NEIN

Gab es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Medikamente? JA  NEIN

Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung? Besitzt es einen Herzpass? 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 (Blutgerinnungsstörung)? JA  NEIN

Leidet es an Infektionskrankheiten wie Hepatitis, HIV? JA  NEIN

Liegt eine genetische Krankheit vor? JA  NEIN

sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_ JA  NEIN

Name des Kinderarztes/der Kinderärztin: \_\_\_\_\_

## Die Welt Ihres Kindes

Wie möchte Ihr Kind genannt werden: \_\_\_\_\_

Liebelings - Tier: \_\_\_\_\_ - Spielzeug: \_\_\_\_\_ - Sport: \_\_\_\_\_ - Essen: \_\_\_\_\_

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? JA  NEIN

Hat Ihr Kind schon einmal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt? JA  NEIN

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich? JA  NEIN

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer oder logopädischer Behandlung? JA  NEIN

Wurden bereits Röntgenbilder im Zahnbereich angefertigt? JA  NEIN

## Kariesrisiko in der Familie

Haben Geschwisterkinder Karies? JA  NEIN

Mussten Geschwisterkinder unter Vollnarkose behandelt werden? JA  NEIN

Haben Sie Angst vorm Zahnarzt? Mutter JA  NEIN  Vater JA  NEIN

Wie ist die Zahngesundheit bei Ihnen selbst? Sind Sie in regelmäßiger Vorsorge bzw. Behandlung? JA  NEIN

Haben Sie Probleme mit Karies JA  NEIN  Zahnfleisch/Parodontose? JA  NEIN

## Zahnpflege

Wie oft bekommt Ihr Kind die Zähne geputzt/putzt Ihr Kind Zähne? 1mal täglich  2-3 mal täglich

Wer putzt die Zähne? \_\_\_\_\_

Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes/putzt Ihr Kind?  Handzahnbürste  elektrische Zahnbürste

Fällt es Ihnen/Ihrem Kind leicht die Zähne zu putzen?

JA  NEIN

Gibt es Schwierigkeiten?

JA  NEIN

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Interesse an unserem individuellen Vorsorgeprogramm **STARKE ZÄHNE – gesunde Zähne kannst Du lernen?**

JA  NEIN

## Fluoride

Welche Zahncreme verwendet Ihr Kind?

fluoridfreie Kinderzahncreme  Kinderzahncreme 500ppm Fluorid

Kinderzahncreme 1000ppm Fluorid  Junior-Erwachsenenzahncreme 1400ppm Fluorid

Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten?

JA  NEIN

Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz?

JA  NEIN

## Gewohnheiten und Ernährung

Was trinkt Ihr Kind?

Milch  Wasser  Tee mit/ohne Zucker  Saft/Saftschorle  Eistee, Cola, Limo, CapriSonne, Kakao

Trinkt Ihr Kind etwas zum Einschlafen/nachts? JA  NEIN  Welches Getränk: \_\_\_\_\_

### Fragen für die Minis:

Nuckelt Ihr Kind  am Daumen  am Schnuller?

Haben Sie Ihr Kind gestillt?

JA  NEIN

Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_ Monate

Kind wird noch nachts gestillt

JA  NEIN

## Allgemeine Information und Unterschrift

Möchten Sie von uns an die Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes erinnert werden (Recallsystem)?

per Email

per Telefonanruf

per SMS

nein

### Termine, Termine...

Mit Ihrem Termin reservieren Sie Zeit und ein Behandlungsteam, welches Ihre Behandlung individuell vorbereitet. Bei Nichterscheinen müssen zahlreiche Einmalartikel wegen hygienisch strenger Standards verworfen werden, Instrumente werden erneut aufbereitet. Das verursacht alles Kosten. **Daher bitten wir Sie:** Sollten Sie einmal verhindert sein, sagen Sie frühestmöglich - **spätestens 24h vorher** – ab.

Bei nicht eingehaltenem/zu spät abgesetztem Termin müssen wir leider eine Ausfallgebühr (§670BGB) in Höhe von 60€ in Rechnung stellen! Dies gilt auch für die Professionelle Zahnreinigung.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Ich habe die Aufklärung zum Datenschutz, über das Recallsystem und die Termineinhaltung gelesen und bin einverstanden:

Lübeck, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(Erziehungsberechtigte/r)

**32/20 Praxis für Erwachsenen und Kinderzahnheilkunde**  
**Dr. Carola Allihn und Dr. Marcel Allihn**  
**Zahnärzte, Fachzahnärzte für Oralchirurgie, Tagesklinik**  
Am Kaufhof 2 23566 Lübeck 0451-61914747 info@praxis-allihn.de

## **Behandlungsvertrag mit Privatpatienten**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Zwischen der/dem oben genannten Patienten/-in bzw. deren Erziehungsberechtigten und der Gemeinschaftspraxis Dres. Allihn wird hiermit ein Behandlungsvertrag abgeschlossen.

Für das Honorar gilt die amtliche Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Der Gebührenrahmen der GOZ/GOÄ reicht vom 1,0- bis 3,5-fachen Faktor. Für Leistungen, die oberhalb des Mittelsatzes von 2,3 liquidiert werden, sind kurze Begründungen vorgeschrieben und werden von uns erbracht.

Gemäß §2 Abs. 2 GOZ wird darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Vergütung durch die Erstattungsstellen möglicherweise nicht im vollen Umfang gewährleistet ist.

Unabhängig vom Eintreten der Krankenversicherung und insbesondere der Beihilfe haftet der/die Patient/-in bzw. deren Erziehungsberechtigte persönlich für die Kosten der von ihm gewünschten medizinischen Behandlung.

\_\_\_\_\_  
Lübeck, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/  
Zahlungspflichtigen bzw.  
deren gesetzl. Vertreter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Behandlers

## Einverständnis in die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund- und Kieferbereich. Durch sie können notwendige Behandlungen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten nicht unbedingt vermeidbar. Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

Bei der Leitungsanästhesie kann es in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. in seltenen Fällen dauerhafte Gefühlsstörungen möglich (Komplikationsrate 0,01%). Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungen- und Unterkieferhälfte sowie die Lippenregion betroffen sein kann.

Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Ihr Kind sollte daher während der Wirkungszeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Ihr Kind sollte, solange die Betäubung anhält, auf die Nahrungsaufnahme verzichten. Neben Bißverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

Die Aufklärung habe ich/haben wir verstanden. Die zahnärztliche Behandlung, die damit verbundenen Risiken und mögliche Alternativen sind mir/uns ausführlich erläutert worden. Sofern ich/wir Fragen hatten, wurden uns diese zufriedenstellend beantwortet. Ich/wir sind einverstanden, dass mein/unser Kind mit örtlicher Betäubung behandelt wird.

Lübeck, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(Erziehungsberechtigte/r)

---

## Einverständnis bei der Behandlung Minderjähriger (von der Zahnärztin/dem Zahnarzt auszufüllen)

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

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

### Einverständnis in die zahnärztliche Diagnostik und Behandlung

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> digitale Röntgenbilder | <input type="checkbox"/> Komposit-/Zementfüllungen  | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Wurzelbehandlungen     | <input type="checkbox"/> pädiatrische Kinderkronen  |   |
| <input type="checkbox"/> Zahnentfernung/en      | <input type="checkbox"/> alternative Kariestherapie |   |

Lübeck, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(Erziehungsberechtigte/r)