

Zentrum für Kinder- und Jugendzahnheilkunde im Joho
Dr. med. dent. Christine Anger & ZÄ. Mirella Schumann
Kölnstr. 54 – 53111 Bonn – Fon: 0228/41027678 – Fax: 0228/41027679
Anamnesebogen zur Anmeldung

Patient Familienname _____ Vorname _____ Geb.datum _____

Vater Name _____ Vorname _____ geb. _____

Beruf* _____ Arbeitgeber* : _____

Mutter Name _____ Vorname _____ geb. _____

Beruf* _____ Arbeitgeber* : _____

Anschrift Postleitzahl _____ Ort _____ Telefon/Handy _____

Straße _____ Email: _____

*diese Angaben sind auf freiwilliger Basis

Erziehungsberechtigt? Beide () Mutter () Vater () Sonstige
 Leben zusammen () leben getrennt ()
Über wen ist das Kind versichert? Mutter () Vater () Sonstige ()

Name der Krankenkasse _____ **Pflichtversichert / Privat / Beihilfe /**

Haben Sie eine zahnärztliche Zusatzversicherung für Ihr Kind? _____

Name des Kinderarztes _____

Allgemeine Situation:

Hatte, oder hat Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen

Herzerkrankung	ja/nein	Stoffwechselerkrankungen, Diabetes	ja/nein
Asthma / Atemnot	ja/nein	Blutgerinnungsstörungen	ja/nein
Allergien	ja/nein	Welche? _____	
Leber- oder Nierenerkrankung	ja/nein	Epilepsie, Fieberkrämpfe	ja/nein
Lernschwäche oder Sprachprobleme	ja/nein	Genetische Erkrankungen(auch in der Familie)	ja/nein
Infektionskrankheiten, Hepatitis, HIV	ja/nein		
Sonstige Erkrankungen?	_____		

Fehlen Impfungen bei Ihrem Kind? _____ Ja/nein

Wenn ja, welche? _____

Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt Ihres Kindes? _____ Ja/nein

Frühchen? Welche Woche ?

Ja/nein

War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus? Wenn ja, wann? _____ Ja/nein

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

Behinderung? Ja/nein welche? _____

Pflegebescheinigung? Ja/nein **Pflegegrad o. Eingliederungshilfe?**

Zahn-Mund-Situation

Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuches? _____

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? _____ Ja/nein

Name des behandelnden Zahnarztes

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? _____ Ja/nein

Hat Ihr Kind schon einmal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt? _____ Ja/nein

Hatte Ihr Kind einen Unfall im Mund- Gesichtsbereich? _____ Ja/nein

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? _____ Ja/nein

Welche Hobbies hat Ihr Kind? _____

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen? _____

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Prophylaxe und **Recall** zur Vorbeugung von Karies?

Ja/nein

Wir weisen Sie daraufhin, dass für fest reservierte Termine bei Nichterscheinen bzw. nicht rechtzeitiger Absage (48h vor Termin), eine Ausfallgebühr in Höhe von 75€ je angefangener halben Stunde, bei ITN 250 € geltend gemacht wird, falls dieser Termin nicht anders vergeben werden kann (nach § 615 BGB).

Datum und Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Bitte wenden !!!

Zentrum für Kinder- und Jugendzahnheilkunde im Joho
Dr. med. dent. Christine Anger & ZÄ. Mirella Schumann
Kölnstr. 54 – 53111 Bonn
Fon: 0228/41027678 – Fax: 0228/41027679
Behandlungseinverständniserklärung
Bitte erst durchlesen, danach unterschreiben

Für das Kind: _____
geb. _____

Um Ihr Kind behandeln zu können benötigen wir eine Behandlungseinwilligung.

Bitte lesen Sie diese Aufklärung genau durch. Wenn Sie Fragen haben, besprechen wir dieses gerne mit Ihnen.

Hiermit ermächtige/n ich/wir, die Zahnärztinnen Dr. med. dent. Christine Anger und med. dent. Mirella Schumann, ggf. ihre Vertretung, unter Mitarbeit der Zahnarthelferinnen, zahnärztliche und/oder zahnchirurgische Behandlungen an meinem Kind, einschließlich dem Gebrauch von notwendiger oder empfehlenswerter Lokalanästhesie, Röntgen- oder sonstiger Diagnostik durchzuführen.

Allgemeinverständlich ausgedrückt **kann** die zahnärztliche Behandlung folgendes umfassen:

- a) Zahnreinigung und Kinderprophylaxe
- b) Fissurenversiegelung der Backenzähne
- c) Behandlung von erkrankten oder verletzten Zähnen mit Füllungen oder pädiatrischen Kinderkronen
- d) Platzhalter für fehlende Zähne
- e) Extraktionen von einem oder mehreren Zähnen
- f) Behandlung von erkranktem oder verletztem Mundgewebe
- g) Behandlung von Zahnfehlstellungen und/oder Entwicklungsstörungen
- h) Anwendung von Beruhigungsmitteln, um Angst oder unkooperatives Verhalten zu mildern (Dormicum und/oder Lachgas/ Sauerstoff)
- i) Vollnarkose

Die Behandlung wird mir ausführlich erläutert.

Mit zahnärztlichen und zahnchirurgischen Behandlungen sind bestimmte Risiken verbunden, wenngleich deren Vorkommen **sehr selten** sind.

Risiken sind: Taubheitsgefühl, Infektion, Schwellung, Blutung, Prellung, Übelkeit, Erbrechen, allergische Reaktionen.

Extrem selten können auch Gehirnschädigungen, Lähmungen und Narben auftreten.

Ich verstehe und akzeptiere weiterhin, dass **äußerst seltene** Komplikationen die Einlieferung in ein Krankenhaus erforderlich machen und sogar zum Tode führen können.

Ich habe diese Behandlungsaufklärung gelesen und verstanden. Ich verstehe auch, dass ich das Recht habe Fragen zu stellen, die sich mir während der Behandlung ergeben.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich bin damit einverstanden, dass Röntgenbilder und klinische Fotos zu Fortbildungszwecken genutzt werden können.

Diese Röntgenbilder und Fotos sind der Öffentlichkeit nicht zugänglich sondern können nur aus ärztlichen Fortbildungen zur Weiterbildung von medizinischem Fachpersonal verwendet werden. Namen und Person Ihres Kindes bleiben anonym.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____