

Pat.Nr. \_\_\_\_\_

**Herzlich willkommen!**

Anmeldebogen für Kinder

Patient

\_\_\_\_\_

Name	Vorname	Geb. Datum
------	---------	------------

Mitglied / Versicherter

\_\_\_\_\_

Name	Vorname	Geb. Datum
------	---------	------------

Erziehungsberechtigte

\_\_\_\_\_

Name	Vorname	Geb. Datum
------	---------	------------

Anschrift

\_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer	Postleitzahl	Ort
-------------------	--------------	-----

Telefon / Fax

\_\_\_\_\_

Privat	dienstlich	mobil	Fax/Email
--------	------------	-------	-----------

Krankenkasse / Versicherung \_\_\_\_\_

Kinder-/Hausarzt: \_\_\_\_\_

Name	Telefon
------	---------

Privat versichert	Beihilfeberechtigt	gesetzlich
Privat versichert – im Basistarif	Zusatzversicherung	

**Recall:** Ich möchte in fest vereinbarten Zeiträumen von der Praxis benachrichtigt werden, um einen Termin für die Vorsorgeuntersuchung und Prophylaxe zu vereinbaren.

Benachrichtigung **ja**:                      per Post oder per Email                      ½ jährlich oder 1x im Jahr  
 Benachrichtigung **nein**

Lesen Sie bitte die folgenden Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes sorgfältig durch und **kreuzen Sie Zutreffendes an**. Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen.

Anamnese:  
(bitte zutreffendes ankreuzen)

Sind bei den Eltern Allergien bekannt? Worauf? \_\_\_\_\_ ja nein

Sind beim Kind Allergien bekannt? \_\_\_\_\_ ja nein

Falls ja worauf? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind eine der nachfolgenden Krankheiten?

Aids	ADS ADHS	Herzerkrankung	Rheuma
Epilepsie	Hörstörung	Lungenerkrankung	Tumor
Lebererkrankung	Tuberkulose	Muskelschwäche	Hepatitis
Neurodermitis	Asthma	Blutgerinnungsstörungen	Leukämie
Nierenerkrankung	Diabetes		

sonstige Krankheiten: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind sonst eine körperliche oder geistige Behinderung? ja nein

Falls ja welche? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind bereits:

Drei-Tage-Fieber Masern Windpocken Scharlach

Hat Ihr Kind schon einmal eine Narkose bekommen? ja nein

Wo wurde die Narkose durchgeführt, wann und warum? \_\_\_\_\_

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? ja nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

War Ihr Kind schon einmal bei einem Zahnarzt? ja nein

Hat Ihrem Kind dabei etwas nicht gefallen? \_\_\_\_\_

Der Grund Ihres heutigen Besuches? \_\_\_\_\_

Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche? ja nein

Falls ja, welche Getränke und warum? \_\_\_\_\_

Welche Fluoridpräparate bekommt Ihr Kind?

Fluoretten Fluoridsalz Fluoridgel Zahnpasta

Verzehrt Ihr Kind viele Süßigkeiten / gesüßte Getränke? ja nein

Nimmt Ihr Kind den Schnuller oder lutscht es am Daumen? ja nein

**Wir hoffen, dass Sie sich bei uns wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gern zur Verfügung.**

*Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, benachrichtigen Sie uns bitte **24Stunden** vorher, andernfalls ist gemäß §615 BGB der Anspruch auf Ersatz des Ausfallschadens begründet.*

### **Aufklärung über die Behandlung unter Lokalanästhesie**

Ist es notwendig, eine Behandlung in Lokalanästhesie (Spritze) durchzuführen können trotz aller Sorgfalt folgende Störungen oder Komplikationen auftreten.

#### **Häufig:**

- Unvollständige Wirkung, Ergänzung/ Wiederholung erforderlich
- Fremdgefühl/ Schwellung des betäubten Bereiches und/ oder der Zunge, im Hals, Schluckreiz
- Eingeschränkte Beweglichkeit betäubter Bereiche: Schwierigkeiten beim Sprechen/ Lachen/ Schlucken/ Spucken/ Ausspülen
- spürbares und/ oder sichtbares Hängen von Lippe, Wange etc.

#### **Manchmal:**

- blitzartiger Schmerz oder Missempfinden durch Nervberührung
- Schmerzen an der Einstichstelle in den folgenden Tagen
- Bluterguss mit Schwellung und / oder sichtbare Verfärbung und/ oder Bewegungseinschränkungen
- Vorübergehendes Atemnotgefühl durch Betäubung kleiner Schleimhautbereiche der Speiseröhre
- Mitbetäubung benachbarter oder etwas entfernter Bereiche (z.B. Nase, Auge, Ohr)
- Verblässen/ weiße Flecken und/ oder Rötung der Haut über den betäubten Bereich
- Unabsichtliche Verletzungen (z.B. durch Wangenbeißen) während die Betäubung noch anhält

#### **Selten:**

- Entzündung der Einstichstelle
- Vorübergehende Schwellung des unteren Augenlides, Zuschwellen des Auges, vorübergehende Sehstörung
- Kreislaufkollaps, Bewusstlosigkeit
- Leichte bis mittlere allergische Reaktion auf verwendete Materialien/ Wirkstoffe
- Erst nach Tagen/ Wochen/ Monaten abklingende Gefühllosigkeit im Verlaufsgebiet eines betäubten Nervis

#### **Sehr selten:**

- **dauerhafte** Gefühllosigkeit im Verlaufsgebiet eines betäubten Nervis/ hängende Lippe/ Wange (unter 1%)
- heftige allergische Reaktion auf verwendete Materialien/ Wirkstoffe

*Ein ausführliches Aufklärungsgespräch fand heute zwischen meinem Behandler und mir/ meinem gesetzl. Vertreter statt. Das Aufklärungsformular habe ich gelesen, verstanden und habe eingewilligt. Alle Fragen wurden beantwortet und mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung bis zum Beginn der Behandlung widerrufen kann.*

***Mir wurde ein Exemplar dieser Aufklärung ausgehändigt.***

*Regensburg, .....*

-----  
*Unterschrift des Behandlers*

.....  
*Unterschrift des Patienten/ gesetzl. Vertreter*