



*Liebe Eltern,  
auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über den Gesundheitszustand Ihres Kindes bestmöglich informiert zu sein. Das Praxisteam bittet Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten.  
Vielen Dank !*

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

### ALLGEMEINE SITUATION

Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten? <i>(Bitte Zutreffendes ankreuzen)</i>	JA	NEIN
<b>Asthma/ Atemnot</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Herzerkrankungen</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Diabetes (Zuckerkrankheit)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Genetische Erkrankungen</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Tumore</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Blutgerinnungsstörungen</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Epilepsie (Krampfanfälle)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Allergien</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
<b>Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
<b>Sonstige Krankheiten?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		

### ZAHNÄRZTLICHE SITUATION

	JA	NEIN
<b>War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wo? _____		
<b>Welche zahnärztlichen Behandlungen wurden bei Ihrem Kind bereits vorgenommen?</b>		

**Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt?**

positiv     neutral     ängstlich     erster Zahnarztbesuch

Datum

Unterschrift (Erziehungsberechtigter)

Unser Kinderarzt bzw. Hausarzt ist: \_\_\_\_\_

Außerdem ist mein Kind beim Facharzt für \_\_\_\_\_

*Hinweis für unsere **privatversicherten Patienten**:* Sind Sie **Beihilfeberechtigt** ?  JA

Sind Sie **Basistarifversichert** ?  JA

## Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche 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 Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intraaligamentäre Anästhesie) 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 nicht unbedingt vermeidbar ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

### Hämatom(Bluterguss):

Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskeln infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch Infektionen kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt darüber informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

### 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 maximal 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie Ihren Zahnarzt.

### Verkehrstüchtigkeit:

Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist primär nicht auf das Medikament, sondern vielmehr auf den Stress und die Angst im Rahmen der Behandlung, sowie der lokalen Irritation zurückzuführen. Ihr Kind sollte daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

### 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.

## Einverständnis zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

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

*Bitte nach Ihrem Belieben ankreuzen*

Ich möchte, dass mein Kind **immer** mit örtlicher Betäubung behandelt wird.

Ich möchte, dass mein Kind nur bei **sehr schmerzhaften Maßnahmen** mit örtlicher Betäubung behandelt wird.

Ich möchte, dass mein Kind **nie** mit örtlicher Betäubung behandelt wird.

Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.

Datum

Unterschrift (Erziehungsberechtigter)

**Ich erkläre mich einverstanden, Informationen über Neuigkeiten der Praxis und Erinnerungen für Kontrolluntersuchungen zu erhalten.**

Datum

Unterschrift