

Liebe Eltern,

schön, dass Sie uns Ihr Kind anvertrauen möchten.

Unser Ziel ist es, die Mundgesundheit von Kindern jeder Altersgruppe zu erhalten oder wieder herzustellen. Dort sind die Aspekte der Ernährung, der Mundhygiene und der Gebissentwicklung wesentliche Grundbausteine.

Die Basis unserer Arbeit ist eine offene und ehrliche Kommunikation, die dem Kind Vertrauen in uns und in seine eigenen Fähigkeiten gibt, mit den verschiedenen Situationen umzugehen, die sich während der Behandlung seiner Zähne ergeben können.

Wir halten uns zum Aufbau eines zuverlässigen Vertrauensverhältnisses streng an unsere Verabredungen, die wir von Termin zu Termin mit Ihrem Kind treffen werden. Wir werden dem Kind in altersentsprechenden Worten die geplante Behandlung ankündigen, damit es weiß, was es das nächste Mal erwartet.

Verwenden Sie auch vorab keine Begriffe wie „...das tut nicht weh“ oder „du brauchst keine Angst zu haben“, bei Kindern kommt genau das Gegenteil an.

Versprechen Sie keine Geschenke, das erhöht den Druck auf Ihr Kind.

Wir werden sehr schnell persönlichen Kontakt mit Ihrem Kind aufnehmen. Ihnen wird sofort auffallen, dass Ihr Kind in unserer Aufmerksamkeit im Mittelpunkt steht und wir uns komplett auf das Kind konzentrieren.

Bitte geben Sie uns die Möglichkeit, anhand seines Verhaltens ein Bild von ihm und seinen Bedürfnissen zu machen. Hierbei ist sowohl wichtig, was ihr Kind erzählt, als auch seine Körpersprache.

Dies erlaubt uns bereits sehr früh zu erkennen, wie eine spätere Behandlung ablaufen kann und wie sich unsere Zusammenarbeit gestalten kann.

Bitte geben Sie uns also die Chance falls das nötig sein sollte, dass wir uns ausschließlich mit dem Kind zu beschäftigen. Bei Bedarf werden wir uns natürlich an Sie wenden und werden auch Ihnen genügend Raum geben, uns Ihre Wünsche mitzuteilen und werden Ihre Fragen nach Möglichkeit beantworten.

Beim ersten Termin steht das Kennenlernen im Vordergrund. Wir werden uns einen Überblick über Pflege, Zustand und ggf. der Behandlungsnotwendigkeit machen und, in der Kinderzahnheilkunde ganz wichtig, bei Kariesaktivität oder stark erhöhtem Kariesrisiko mit Ihrem Einverständnis Röntgenbilder anfertigen. Diese Informationen führen zu einer fachlich fundierten Diagnose der Situation und zu einer Behandlungsplanung, die wir Ihnen und auch Ihrem Kind vorstellen und erklären werden.

Wenn es zu einer Behandlungsvereinbarung kommt, gibt es für Sie noch Folgendes zu beachten:

Wir werden Sie bei Bedarf in die Behandlung einbeziehen und Ihnen zeigen, wie Sie Ihr Kind in dieser Phase des Erlebens und Lernens mit Ihrer elterlichen Kompetenz unterstützen können. Die übrige Behandlungszeit ist es sehr wichtig, sich zurück zu halten. Auch wenn Sie unsere oder die Reaktionen des Kindes nicht ganz verstehen oder das Kind sogar einmal laut wird oder weint, sich nicht in die laufende Behandlung einzumischen.

Wir sichern ihnen zu jedem Zeitpunkt der Behandlung zu, dass wir betreffs der Kinderpsychologie und Verhaltensführung hochkompetent sind und wissen, was wir tun. Muss die Behandlung aufgrund einer veränderten Diagnostik umgestellt werden, informieren wir sie selbstverständlich und besprechen mit ihnen das weitere Vorgehen.

Falls sich herausstellt, dass der Behandlungsbedarf, das Alter des Kindes oder seine Belastbarkeit eine Behandlung mit Vollnarkose erforderlich macht, werden wir ihr Kind an eine Praxis unseres Vertrauens zur Narkosesanierung überweisen. Das beinhaltet natürlich nur eine einmalige Sanierung; wir arbeiten danach mit ihrem Kind weiter, um eine angstfreie und mundgesunde Zukunft für Ihr Kind möglich zu machen.

Auch hier brauchen wir Ihre vollste Unterstützung und müssen für eine erfolgsversprechende und langfristige Zusammenarbeit darauf bauen können, dass Sie

- Ihre regelmäßigen Folgetermine in den vorgegebenen Abständen im Sinne der Kontrollen zuverlässig einhalten,
- die Individualprophylaxe sowohl zuhause unterstützen, indem Sie bei der Zahnpflege Ihres Kindes täglich mitarbeiten und die Ernährung nach unseren Anleitungen konsequent begleiten,
- Ihren Termin rechtzeitig absagen, um den Kindern der Warteliste eine Chance zu geben.

Falls es einmal zu Wartezeiten kommen sollte, denken Sie bitte daran, dass Behandlungen und die Reaktionen der Kinder nicht immer planbar sind und wenn Ihr Kind in Not ist, möchten auch Sie, dass sich der Zahnarzt die Zeit nimmt, die Ihr Kind braucht.

Wir hoffen auf eine gute Zusammenarbeit in Sinne Ihres Kindes und verbleiben mit freundlichen Grüßen,

Ihr Team der Zahnarztpraxis am Schlosspark

Fragebogen für die Kinderbehandlung

Liebe Eltern,

dieser Fragebogen hilft uns, im Vorfeld einen Eindruck von Ihrem Kind zu bekommen. Er dient nicht dazu, es einzuschätzen oder gar die Art und Weise der Behandlung festzulegen. Sie haben hier die Gelegenheit, uns Hintergrundinformationen zu geben, die uns bei Bedarf während der Behandlung weiterhelfen können.

Bitte füllen Sie diesen Bogen – wenn möglich am besten gemeinsam mit Ihrem Kind aus, bringen ihn wieder vorbei oder schicken Sie ihn uns so zu, dass er uns

spätestens drei Tage vor der ersten Behandlung vorliegt,

damit wir uns individuell auf Ihr Kind einstellen können.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt. Sie können auch einzelne Fragen unbeantwortet lassen.

Name des Kindes:

Kosename des Kindes:

Geburtsdatum:

Name der Eltern:

Telefonnummer zur Terminabsprache:

Über wen ist das Kind versichert:

Allgemeines:

Leidet ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung?

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Wer ist ihr betreuender Kinderarzt?

Über seine Vorerfahrungen mit Ärzten / Therapeuten:

Haben Sie als Eltern Angst? (allgemein, Arzt, Zahnarzt):

Hat das Kind Angst und vor was?

Vorerfahrungen Ihres Kindes beim Arzt:

- welche Fachrichtung?
- war es stationär in einer Klinik, wofür, wie lange?

Über seine Vorerfahrungen beim Zahnarzt:

Ist das Kind schon unter Einsatz von Medikamenten behandelt worden?

- | | | | | |
|-----------------------|-------------|-------|-----|--------|
| <input type="radio"/> | Sedierung | wann: | wo: | wofür? |
| <input type="radio"/> | Dormicum | wann: | wo: | wofür? |
| <input type="radio"/> | Lachgas | wann: | wo: | wofür? |
| <input type="radio"/> | Vollnarkose | wann: | wo: | wofür? |

Gab es dabei Auffälligkeiten?

Gibt es ein bekanntes Trauma durch:

- Schmerz
- Festhalten
- „Spritze“
- Falsche Versprechungen („Es tut überhaupt nicht weh“)
- Negative Sprache „Du brauchst keine Angst zu haben!“ ,
„Stell Dich nicht so an!“, „Du bist ungezogen!“

Sonstiges?

- Lieblings - Buch/Musik/Kassette
- Lieblings - Fernsehfilm / Serie

Kuschelecke, Traumplatz: Hat Ihr Kind einen sicheren Ort, an den es sich zurückzieht, um sich wohl und sicher zu fühlen ? (z. B. Baumhaus, Kinderbett, Urlaubsland, Ferienort, Zelt)

Wie sehen Ihre Erwartungen aus?

- in Bezug auf das zu erwartende Verhalten Ihres Kindes?

- in Bezug auf die Dauer und Art der zukünftigen zahnärztlichen Behandlung?

Gibt es sonst noch etwas, was wir wissen sollten?

Sorgerecht:

- Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht besitze.
- Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn.
- Ich bin nicht erziehungsberechtigt.

Haben Sie die Elterninformation erhalten und gelesen?

- ja Nein

haben Sie dazu noch Fragen?

- Ja Nein

Wir danken Ihnen für Ihre Bereitschaft, zusammen mit uns ein für Ihr Kind passendes Konzept zusammenzustellen und freuen uns darauf, gemeinsam mit Ihnen dafür zu sorgen, dass Ihr Kind eine kariesfreie Zukunft bekommt, in der es gerne zu Zahnarzt gehen wird.

Ihr Team der Zahnarztpraxis am Schlosspark

Behandlungseinwilligung

Bitte erst durchlesen, nach der Besprechung mit dem Arzt unterschreiben!

für das Kind: _____ geb. _____

Um Ihr Kind behandeln zu können benötigen wir eine Behandlungseinwilligung. Bitte lesen Sie das Folgende genau durch. Wenn Sie Fragen haben, besprechen wir diese gerne mit Ihnen.

Hiermit ermächtigen wir, die Zahnärzte *Dr. Janette und Christian Jahn*, ggf. ihre Vertretung, unter Mitarbeit der Zahnarthelferinnen, zahnärztliche und/oder zahnchirurgische Behandlungen an meinem Kind, einschließlich des Gebrauchs von notwendiger oder empfehlenswerter Lokalanästhesie, Röntgen- oder sonstiger Diagnostik durchzuführen.

Allgemeinverständlich ausgedrückt kann die zahnärztliche Behandlung folgendes umfassen:

- a) Individualprophylaxe
- b) Fissurenversiegelung der Backenzähne
- c) Behandlung von erkrankten oder verletzten Zähnen mit Füllungen oder pädiatrischen Kinderkronen
- d) Platzhalter für fehlende Zähne
- e) Extraktionen (Entfernen) von einem oder mehrere Zähnen
- f) Behandlung von erkranktem oder verletztem Mundgewebe
- g) Behandlung von Zahnfehlstellungen und/oder Entwicklungsstörungen

Sonstiges: _____

Die Behandlung ist mir ausführlich erläutert worden. Sofern ich Fragen hatte, wurden mir diese zufriedenstellend beantwortet.

Mit zahnärztlichen und zahnchirurgischen Behandlungen sind bestimmte Risiken verbunden, wengleich 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.

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 der Sorgeberechtigten