



# UNIVERSITÄTS KLINIKUM HEIDELBERG

Universitätsklinikum Heidelberg | Poliklinik für Zahnerhaltungskunde  
Im Neuenheimer Feld 400 | 69120 Heidelberg

## Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

wir freuen uns, dass Sie sich für eine Behandlung in der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde – Bereich Kinder- und Jugendzahnheilkunde – des Universitätsklinikums Heidelberg interessieren. Im Folgenden möchten wir Ihnen einige wichtige Informationen zu einer Behandlung Ihres Kindes mitteilen.

Vor einer Erstvorstellung bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen und an uns zu senden ( Email Adresse: [Kinderzahnmedizin.MZK@med.uni-heidelberg.de](mailto:Kinderzahnmedizin.MZK@med.uni-heidelberg.de) ). Sie werden anschließend von uns kontaktiert.

Eine Erstvorstellung bei uns findet in der Regel im Bereich Kinder- und Jugendzahnheilkunde statt. Bei akuten Beschwerden kann eine Untersuchung und Behandlung auch im Bereich Patientenaufnahme und Primärversorgung erfolgen. Bitte beachten Sie, dass eine Behandlung grundsätzlich nur möglich ist, wenn Ihr Kind von Sorgeberechtigten begleitet wird. Falls Verständnisprobleme für ein Aufklärungsgespräch in deutscher Sprache vorhanden sein sollten, bringen Sie bitte eine Person Ihres Vertrauens mit, die als Übersetzer/-in anwesend sein kann.

Patienten und Patientinnen, die eine zahnmedizinische Behandlung in Narkose benötigen, werden zunächst auch erst in einem Behandlungszimmer auf einer zahnärztlichen Behandlungseinheit im Wachzustand untersucht und es wird eine Einschätzung der Behandelbarkeit vorgenommen.

Im Rahmen der Narkosebehandlungen versorgen wir als Universitätszahnklinik schwerpunktmäßig Kinder mit schweren Allgemeinerkrankungen und/oder geistigen / körperlichen Beeinträchtigungen. Hierzu gehören u.a.

1. Kinder, die sich in Behandlung der Kinderklinik befinden, oder die kurz vor einer Chemotherapie bzw. Strahlenbehandlung stehen
2. Kinder, die an schweren Allgemeinerkrankungen leiden, welche eine zahnärztliche Behandlung dringend, oder besondere zahnärztliche Therapieformen erforderlich machen
3. Kinder mit genetisch bedingten Zahn- Mund und Kieferveränderungen oder orofazialen Fehlbildungen
4. Kinder, bei denen eine Narkosesanierung aufgrund des hohen Anästhesierisikos in einer Universitätsklinik stattfinden muss

Für die Erstvorstellung bringen Sie bitte folgende Unterlagen mit:

- Überweisung / Attest eines Anästhesisten/ Kinderarztes zum hohen Anästhesierisiko Ihres Kindes
- Bisherige Röntgenbilder
- Aktuelle Arztbriefe, ggf. Medikamentenliste mit Dosierungen
- Ggf. Herz-/ Allergiepass

Falls Sie noch Fragen haben, dann kontaktieren Sie uns per Mail ([Kinderzahnmedizin.MZK@med.uni-heidelberg.de](mailto:Kinderzahnmedizin.MZK@med.uni-heidelberg.de)) oder Telefon 06221-5639443.

Klinik für Mund-, Zahn- und  
Kieferkrankheiten  
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde

**Prof. Dr. Diana Wolff**  
Ärztliche Direktorin

Sektion Präventive und Restaurative  
Zahnheilkunde

Bereich Kinder- und  
Jugendzahnheilkunde

**Prof. (apl) Dr. C. Frese**  
Sektionsleitung

Im Neuenheimer Feld 400  
69210 Heidelberg  
Tel. +49 6221 56-36646  
Fax +49 6221 56-5661

MZK-KONS@med.uni-  
heidelberg.de

[www.klinikum.uni-heidelberg.de](http://www.klinikum.uni-heidelberg.de)



## Fragebogen Erstvorstellung

Liebe Eltern/ Sorgeberechtigte,

bitte haben Sie Verständnis dafür, dass der nachfolgende Fragebogen im Vorfeld der Erstvorstellung ausgefüllt an uns gesendet werden muss. Sie werden anschließend von uns kontaktiert.

Zur Kontaktaufnahme benötigen wir folgende Informationen:

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Kontaktperson: \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind/ die zu betreuende Person am Universitätsklinikum Heidelberg bekannt?

ja

nein

Was ist Ihr Anliegen? \_\_\_\_\_

Wurden Sie überwiesen? \_\_\_\_\_

Von Wem? \_\_\_\_\_

Grund der Überweisung? \_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind/ die zu betreuende Person an einer schweren Allgemeinerkrankung?

\_\_\_\_\_

Gibt es medizinische Besonderheiten? \_\_\_\_\_

Wann war ggf. der/die ... letzte Krampfanfall, Asthamaanfall, Dialyse, Transplantation, Operation, sonstiges wichtiges Ereignis? Bitte genau bezeichnen was und wann! \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung? Falls ja, geben Sie bitte Namen und Fachrichtung des Arztes an.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind früher Erkrankungen, die Sie für wichtig halten?

Nein

Ja welche? \_\_\_\_\_

Falls Ihr Kind bereits zahnärztlich behandelt wurde: Wie beurteilen Sie das Verhalten

Kooperativ

Ängstlich, Behandlung war aber möglich

Behandlungsverweigerung

Hat Ihr Kind bereits sichtbare Karies?  ja  nein  unbekannt

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?  ja  nein  unbekannt

Hat Ihr Kind in letzter Zeit wegen Zahnschmerzen Schmerzmittel/ Antibiotikum bekommen?

ja  nein  unbekannt

Bei welchen Zahnärzten war Ihr Kind bisher in Behandlung, welche Maßnahmen wurden dort durchgeführt?

\_\_\_\_\_

Gab es Probleme, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Falls auffällige Besonderheiten an Zähnen- und Kiefer vorliegen: Sind derartige Besonderheiten bereits bei Familienangehörigen beobachtet worden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_