

Bitte bringen Sie diesen Bogen unbedingt komplett ausgefüllt zum Termin mit!

Anamnesebogen für Kinder bis 3 Jahre

Name des Kindes:

geb. am:

Name der Mutter:

telefonisch erreichbar unter:



Elternbegleitender Ansprechpartner (Stillberaterin/ Hebamme/ Logopädie...:

Termin für die begleitete Nachsorge nach OP vereinbart: JA / NEIN

Informationen zur Gesundheit Ihres Kindes	J	N
Herz-Kreislaufkrankungen		
Blutgerinnungsstörungen (auch bei Verwandten), längere Blutung?		
Vitamin K Gabe erfolgt		
Weitere bekannte Erkrankungen Welche?		
Regelmäßige Medikamente		
Bisherige Operationen, welche?		
Zungenbandtrennung bereits durchgeführt, wann?		

Informationen zu Mutter und Kind	J	N
Schmerzende/Wunde/blutige Brustwarzen		
Saugverhalten unruhig/Andocken schwierig		
Milchverlust an Brust/Flasche		
Gewichtsentwicklung zu hoch/zu niedrig		
Milchbildung zu hoch/ zu niedrig		
Zufütterung nötig?		
Brusthütchen nötig?		
Blähungen/Bauchschmerzen		
Größere Kinder:		
Probleme beim Essen?		
Probleme bei der Sprache?		
Häufige Infekte/HNO Probleme?		

Besonderheiten bei der Geburt? (sehr schnell, sehr lang, Stillstand, mechanische Einwirkungen):

Das zu kurze Zungen- und/oder Lippenband

Im Rahmen der Behandlung wird basierend auf den Voruntersuchungen Ihrer Hebamme/Stillberaterin oder anderen Therapeuten eine ausführliche Funktionsprüfung vorgenommen, alle Informationen rund um Ihr Kind und das Stillverhalten gesammelt und dann eine Diagnose erstellt.

Liegen Hinweise auf eine nicht-zungenbandbezogene Ursache vor, kann weitere Vorbehandlung durch Physiotherapie, Logopädie oder myofunktionelle Therapie nötig und sinnvoll sein, bevor der Eingriff nochmals abgewogen werden kann. Um eine unnötige Belastung des Kindes durch Anreise etc. zu vermeiden, ist es sinnvoll bereits **vorab mit einer fortgebildeten Fachperson mögliche andere Ursachen auszuschließen und eine adäquate Vorbereitung auf den Eingriff zu beginnen.**

Liegen ausreichend Anhaltspunkte für eine anatomische Einschränkung durch ein zu kurzes Zungen- und/oder Lippenband vor, kann dieses chirurgisch gelöst werden.

Die Durchtrennung des Zungen- u./o. Lippenbandes (Frenotomie) wird mittels eines OP-Lasers unter leichter örtlicher Betäubung (Spritze) vorgenommen. Die Begleitperson und Ihr Kind müssen während des Eingriffes eine abgedunkelte Schutzbrille tragen.

Vorteile der Laser-Trennung im Vergleich zur konventionellen Methode:

- kaum/keine Blutung
- weniger Schmerzen nach dem Eingriff
- „Versiegelung“ der Wunde durch den Laser

Die **Risiken** bei der Frenotomie sind gering, da größere Blutgefäße, Nerven und Speicheldrüsen nicht im Operationsgebiet liegen, individuelle Risiken werden vor OP nochmals besprochen.

Bitte bringen Sie diesen Bogen unbedingt komplett ausgefüllt zum Termin mit!

Komplikationen sind selten, da jedoch bei der Frenotomie eine Wunde im Mund entsteht, kann es theoretisch zur Infektion der Wunde (z.B. bei der Nachsorge mit ungewaschenen Händen) kommen. Das Wundmanagement mit zu langen Fingernägeln kann zusätzliche Verletzungen herbeiführen.

Auch Nachblutungen, Fieber oder allgemeiner Abgeschlagenheit können nach der Operation auftreten. In seltenen Fällen können die Speicheldrüsen/ Speichelgänge im Narbenzug liegen und dadurch verengt werden.

Bei der **Unterlassung** der Frenotomie trotz festgestellter Funktionseinschränkung, können Probleme bis ins Erwachsenenalter resultieren. Diese sind z.B. häufige Infekte, Schnarchen, Atempausen, Störungen der Kieferentwicklung, Sprachentwicklung und Probleme bei der Nahrungsaufnahme.

Die **Nachsorge** (Aktives Wundmanagement) muss trotz der Anwendung des Lasers erfolgen. Es umfasst eine 4-wöchige Phase, in der die Wundheilung unter der Lippe und Zunge geleitet werden durch tägliche Dehnung der Wunde. Das Aktive Wundmanagement sollte vorab mit Ihrem überweisenden Therapeuten geübt und einige Wochen vor dem Eingriff bereits 1x täglich an Ihrem Kind als „Trockenübung“ durchgeführt werden.

Es ist dringend angeraten, in den Tagen nach dem Eingriff einen Nachsorgetermin mit einem fortgebildeten Therapeuten zu vereinbaren, der die Durchführung des Wundmanagements kontrollieren und hilfreich zur Seite stehen kann.

Rehabilitationsphase

Das Trinkverhalten wird positiv durch die muskuläre Rehabilitation (myofunktionelles Training, Verbesserung des Stillmanagement etc.) beeinflusst, dies kann je nach Alter des Kindes einige Zeit dauern.

Ich habe die medizinische Aufklärung verstanden.

Datum:

Unterschrift ELTERN:

Hinweise zur Abrechnung:

Die myofunktionelle Untersuchung bei restriktiven (einschränkenden) Zungen- und/oder Lippenbändern und Laser-Trennung der Bänder, wie sie in unserer Praxis durchgeführt wird, ist im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse nicht enthalten und wird daher nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), teilweise auch analog, **PRIVAT** abgerechnet.

Bei guter Vorbehandlung, eingeübtem Wundmanagement und fachgerechter Begleitung berechnen wir für die Untersuchung, Beratung und das Lösen (eines oder mehrerer Bänder) mittels OP-Laser insgesamt ca. **250€**.

Wird lediglich eine funktionelle Untersuchung durchgeführt oder ist es aufgrund mangelnder Vorbereitung (keine Stillberaterin, kein AWM geübt) nicht möglich die Zungenbandtrennung durchzuführen, stellen wir die reine Untersuchung und Beratung privat mit etwa **100€** in Rechnung.

Das Trennen erfolgt dann in einem weiteren Termin zu den o.g. Konditionen (+250€)

Die Rechnungslegung erfolgt nach medizinischer Notwendigkeit im Ermessen der Ärztin. Die Erstattung durch Versicherungen/Beihilfen kann nicht garantiert werden und ist unabhängig von der Leistungserbringung in unserer Praxis!

Mit der Terminvereinbarung akzeptieren Sie die o.g. Bestimmungen.

Weiterhin informieren wir Sie darüber, dass für kurzfristig (weniger als 24h) abgesagte und nicht wahrgenommene Termine ebenfalls die komplette Beratungsgebühr in Rechnung gestellt wird.

Bitte sagen Sie Termine unbedingt schriftlich per Mail unter: info@berliner-zahngesundheit.de ab, um Missverständnissen vorzubeugen!

Ich habe die wirtschaftliche/organisatorische Aufklärung verstanden und bin einverstanden, dass die Behandlung unter diesen Voraussetzungen durchgeführt wird.

Datum:

Unterschrift ELTERN: