

Liebe Eltern, liebe Erziehungsberechtigte,

bitte füllen Sie folgenden Fragebogen aus. Er hilft uns, unsere Behandlung auf die Bedürfnisse Ihres Kindes und seine eventuellen Erkrankungen bzw. Allergien auszurichten. Besonders wichtig ist es uns, einfühlsam auf seine möglichen Ängste einzugehen. Ihre Antworten unterstützen unser persönliches Gespräch und zeigen uns im Vorfeld, worauf wir achten sollten.

Persönliche Angaben

Name / Vorname des Kindes _____

Anschrift _____

Geburtsstag _____ Tel.: _____

Über wen ist das Kind krankenversichert?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____ Telefon _____

Das Kind hat/hatte (wann?) folgende (schwere) Erkrankungen:

Nachgewiesene Allergien:

Medikamente:

Das Kind geht in

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> eine Krabbelgruppe | <input type="radio"/> zur Musikschule |
| <input type="radio"/> den Kindergarten | <input type="radio"/> zum Sport, Ballett... |
| <input type="radio"/> die Schule | <input type="radio"/> andere Hobbys |

Hat Ihr Kind im Allgemeinen vor irgendetwas Angst?

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt?

- ja nein weiß ich nicht allererster Besuch

Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt?

- ja nein ein bisschen weiß ich nicht

Hat Ihr Kind (negative) Vorerfahrungen gemacht?

- beim Arzt beim Zahnarzt Klinikaufenthalt

Was hat Ihr Kind beim letzten Zahnarztbesuch besonders gestört? Warum hat es evtl. Probleme?

Wissen oder vermuten Sie, wovor Ihr Kind beim Zahnarzt speziell Angst hat/hatte? Kreuzen Sie an oder nummerieren Sie die „Ängste“ durch, d.h. die „größte Angst“ bekommt die Nr. 1 usw.

- | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Geräusche | <input type="radio"/> Schmerzen | <input type="radio"/> Berührung |
| <input type="radio"/> Instrumente | <input type="radio"/> Praxisgeruch | <input type="radio"/> Geschmack |
| <input type="radio"/> Handschuhe | <input type="radio"/> weißer Kittel | <input type="radio"/> helles Licht |
| <input type="radio"/> Spritze: <input type="radio"/> Pieks | <input type="radio"/> Anblick | <input type="radio"/> Taubheitsgefühl |

anderes _____

Bitte geben Sie uns ein paar Informationen über die Welt des Kindes:

Lieblingsbeschäftigungen: _____

Lieblingsbuch: _____

Lieblingsessen / -getränk: _____

Lieblingsfarbe: _____

Lieblingssport: _____

Lieblingstier: _____

Kuscheltier (Bitte mitbringen, wenn Ihr Kind das möchte!):

Was sollen wir noch über Ihr Kind wissen:

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten