

## 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