

Fragebogen für die Kinderbehandlung

und Vorbereitungsvorschläge für Eltern



Name des Kindes:

Alter:

Geburtsdatum:

Mein Kind geht in : eine Krabbelgruppe den Kindergarten die Schule

und außerdem zur Musikschule zum Sport, Schwimmen, Ballett...

andere Hobbies:

Hat Ihr Kind im Allgemeinen vor irgendetwas Angst?:

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt? ja nein

Wissen oder vermuten Sie , wovor Ihr Kind beim Zahnarzt speziell Angst hat?

Geräusche

Behandlungsstuhl

Schmerzen

„weißer Kittel“

Berührung mit Handschuhen

helles Licht/OP - Leuchte

Spritze

Instrumente

Praxisgeruch

Geschmack

Haben Sie selber Angst vor dem Zahnarzt?: ja nein

Hat Ihr Kind negative Vorerfahrungen gemacht?

beim Arzt

beim Zahnarzt

bei einem Klinikaufenthalt – wie lange ?



Was hat Ihr Kind beim letzten Zahnarztbesuch besonders gestört:

- Schmerzen
- ist festgehalten worden
- Spritze
- falsche Versprechungen
- negative Sprache

Bitte machen Sie uns ein paar Angaben über die „Welt“ Ihres Kindes:

Lieblings – Märchen:

Lieblings – Musik:

Lieblings – Figur:

Lieblings – Beschäftigung:

Lieblings – Essen:

Lieblings – Tier :

Lieblings – Trinken:

Lieblings – Kuscheltier (BITTE MITBRINGEN!!)

Ihr Name:

Datum:

Unterschrift:

