

Fragebogen

Liebe Eltern,

dieser Bogen dient der Vorbereitung Ihres Kindes auf eine angemessene Zahnbehandlung. Bitte füllen Sie ihn aus, damit wir uns optimal auf Ihr Kind einstellen können. Selbstverständlich werden die Angaben vertraulich behandelt.

Ihr Name:

Telefonnummer:

Name Ihres Kindes:

Kosenname:

Geburtsdatum:

Mein Kind ist untertags: Tagesmutter im Kindergarten in der Schule andere

Haben Sie selbst Angst vorm Zahnarzt? Ja Nein ein wenig

Hat Ihr Kind Angst vorm Zahnarzt? Ja Nein ein wenig

Wenn ja, wovor hat Ihr Kind am meisten Angst ?

Vorerfahrung bei anderen Ärzten?

Hat Ihr Kind schlechte Erfahrungen durch:

Schmerz

Festhalten

Spritze

Falsche Versprechungen

Andere Vorkommnisse _____

Die Welt Ihres Kindes:

Liebingsbeschäftigung _____

Liebingsessen _____

Lieblingstier _____

Lieblingskuscheltier _____

Liebingsbuch _____

Liebingsmusik _____

Lieblingsschulfach _____

Lieblingssendung _____

Hat Ihr Kind einen sicheren Ort, wohin es sich zurückzieht, um sich wohl zu fühlen?
(z.B. Baumhaus, Kinderbett, Ferienort, Zelt, ...)
