

Bitte unbedingt zum Termin mitbringen!

Hier möchten wir Sie um einige Angaben zu Ihrem Kind bitten:

Name des Kindes: _____

Alter: _____ Geburtsdatum: _____

Mein Kind hat/hatte (wann?) folgende (schweren) Erkrankungen:

Nachgewiesene Allergien: _____

Medikamente: _____

Mein Kind geht in: eine Krabbelgruppe den Kindergarten die Schule

und außerdem zur Musikschule zum Sport, Ballett andere Hobbies

Hat Ihr Kind im Allgemeinen vor irgendetwas Angst? _____

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt? ja nein allererster Besuch weiß ich nicht

Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt? ja nein ein bisschen weiß ich nicht

Hat Ihr Kind (negative) Erfahrungen gemacht? beim Arzt beim Zahnarzt Klinikaufenthalt

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

Geräusche Praxisgeruch weißer Kittel helles Licht

Schmerzen Geschmack Handschuhe Instrumente

Berührung Spritze :
 Pieks
 Anblick
 Taubheitsgefühl anderes: _____

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

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

Lieblingsbeschäftigungen: _____

Lieblingsbuch: _____ Lieblingssport: _____

Lieblingessen: _____ Lieblingsgetränk: _____

Lieblingsfarbe: _____ Lieblingstier: _____

Lieblingkuscheltier: _____ **Bitte mitbringen, wenn Ihr Kind das möchte!**

Was sollten wir noch über Ihr Kind wissen? _____
