



Zahnarztpraxis Dr. S. Engel

Liebe Eltern,

dieser Fragebogen dient der Vorbereitung auf eine möglichst angenehme Zahnbehandlung Ihres Kindes bei uns. Mit Ihren Angaben können wir während der Behandlung besser auf Ihr Kind eingehen. Sie können auch einzelne Fragen unbeantwortet lassen. Selbstverständlich werden Ihre Antworten vertraulich behandelt.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Mein Kind geht  in eine Krabbelgruppe  in den Kindergarten  in die Schule  
 zur Musikschule  zum Sport  zum Tanzen

Ist Ihr Kind Ihrer Meinung nach eher ängstlich?  ja  nein

Hat Ihr Kind schon einmal negative Erfahrungen gemacht?  beim Kinderarzt  
 beim Zahnarzt  
 im Krankenhaus

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gibt es spezielle Vorerfahrungen Ihres Kindes beim Zahnarzt?  Schmerz  Festhalten  
 Spritze  
 „negative Atmosphäre“

Haben Sie selbst Angst vorm Zahnarztbesuch?  ja  nein

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

Geräusche  Praxisgeruch  helles Licht  Geschmack  
 Berührung  Instrumente  Behandlungsstuhl  Handschuhe  
 Spritze, dabei besonders  Anblick  Pieks  Gefühl während  Gefühl danach

Was hat Ihr Kind beim letzten Zahnarztbesuch besonders gestört? Warum gab es evt. Probleme?  
\_\_\_\_\_

Wir möchten Sie hier noch um einige Angaben zu Vorlieben Ihres Kindes bitten. Sie dienen uns als Grundlage für das Gespräch mit Ihrem Kind vor und während der Behandlung.

Lieblingsbeschäftigung/Hobby: \_\_\_\_\_

Lieblingstier: \_\_\_\_\_

Lieblingskuscheltier (bitte mitbringen, wenn Ihr Kind es wünscht): \_\_\_\_\_

Lieblingsfarbe: \_\_\_\_\_

Lieblingessen und -getränk: \_\_\_\_\_

Datum/ Unterschrift eines Elternteils: \_\_\_\_\_

