

Fragebogen für die Kinderbehandlung



Liebe Eltern, dieser Fragebogen dient der Vorbereitung einer angenehmen Zahnbehandlung Ihres Kindes bei uns. Füllen Sie ihn bitte, soweit es Ihnen möglich ist aus, damit wir uns gut auf Ihr Kind einstellen können.

Mein Kind geht in (bitte ankreuzen):

eine Krabbelgruppe

den Kindergarten

die Schule

Hobbys/Verein: _____

Hat Ihr Kind im allgemeinen vor irgendetwas Angst? _____

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt?

ja

nein

Was hat Ihr Kind beim letzten Zahnarztbesuch besonders gestört?

Schmerz

falsche Versprechungen (es tut überhaupt nicht weh)

ist festgehalten worden

negative Sprache (stell Dich nicht so an, du bist ungezogen,...)

Spritze

anderes: _____

Bitte machen Sie uns ein paar Angaben über die "Welt" Ihres Kindes.

- Lieblings-Schulfach: _____ - Lieblings-Musik: _____

- „ - Märchen: _____ - „ -Figur: _____

- „ -Sport: _____ - „ -Getränk: _____

- „ -Essen: _____ - „ -Farbe: _____

- „ -Tier: _____ - „ -Buch: _____

Was sollten wir noch über Ihr Kind wissen? _____



Über wem ist Ihr Kind versichert?

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

PLZ, Ort

Datum/Unterschrift: