

Liebe Eltern,

dieser Antwortbogen dient der Vorbereitung einer angenehmen Zahnbehandlung Ihres Kindes bei uns. Bitte füllen Sie diesen Bogen aus und schicken Sie ihn uns vor der Behandlung zu, damit wir uns auf Ihr Kind einstellen können. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt. Sie können auch einzelne Fragen unbeantwortet lassen.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_  
Kosenamen des Kindes: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

mein Kind geht in: Kindergarten  Schule  andere

mein Kind geht in: Musikschule  Ballett  Sport  andere

### 1. Angstanamnese

Haben Sie als Eltern Angst? (allgemein, Zahnarzt)

\_\_\_\_\_

Hat das Kind Angst? (allgemein, vor was?)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ängste Ihres Kindes speziell beim Zahnarzt:

Bitte stellen Sie eine Angsthierarchie auf. Nummerieren Sie die Ängste durch, die größte Angst bekommt die Nr. 1, die geringste die letzte Nr.

- Geräusch \_\_\_\_\_
- Schmerz \_\_\_\_\_
- Berührung \_\_\_\_\_
- Spritze \_\_\_\_\_
  - Pieks \_\_\_\_\_
  - Anblick \_\_\_\_\_
  - Gefühl während \_\_\_\_\_
  - Gefühl hinterher \_\_\_\_\_
- Weißer Kittel \_\_\_\_\_
- Helles Licht, OP-Leuchte \_\_\_\_\_
- Instrumente \_\_\_\_\_
- Praxisgerüche \_\_\_\_\_
- Geschmack \_\_\_\_\_
- Behandlungsstuhl \_\_\_\_\_
- Liegeposition \_\_\_\_\_
- Sitzposition \_\_\_\_\_



Die Welt Ihres Kindes:

Bitte nummerieren Sie die Vorlieben Ihres Kindes durch. Die wichtigste bekommt Nr. 1.

- Lieblings-Comic \_\_\_\_\_
- Lieblings-Märchen \_\_\_\_\_
- Lieblings-Helferfigur \_\_\_\_\_
- Lieblings-Beschäftigung \_\_\_\_\_
- Lieblings-Spiel \_\_\_\_\_
- Lieblings-Sport \_\_\_\_\_
- Lieblings-Getränk \_\_\_\_\_
- Lieblings-Essen \_\_\_\_\_
- Lieblings-Nachtisch \_\_\_\_\_
- Lieblings-Farbe \_\_\_\_\_
- Lieblings-Tier \_\_\_\_\_
- Lieblings-Kuscheltier (mitbringen) \_\_\_\_\_
- Lieblings-Buch \_\_\_\_\_
- Lieblings-Musik \_\_\_\_\_
- Lieblings-Kleidung \_\_\_\_\_
- Lieblings-Freund \_\_\_\_\_
- Lieblings-Schulfach \_\_\_\_\_
- Lieblings-Hobby \_\_\_\_\_
- Lieblings-CD / Audiokassette (z. B. Biene Maja, etc.) - bitte unbed. mitbringen

\_\_\_\_\_

## Kuschelecke, Traumplatz

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

---

## Therapeutische Vorgeschichte

War Ihr Kind schon in Therapie? z.B.: wegen Schlafstörungen, Bettnässen  
(Anschrift/Telefonnummer des Therapeuten). Welche Therapie (z. B. AT etc.)

---

---

---

---

---

## Was sind Ihre Erwartungen, Erfahrungen mit Hypnose?

---

---

---

---

---

Liebe Eltern,

bitte schicken Sie diese vier Seiten ausgefüllt vor der Behandlung Ihres Kindes in unsere Praxis.  
Die nächste Seite gibt Ihnen einige Tipps, wie Sie Ihr Kind vorbereiten können.