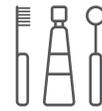


Aufnahmebogen zur Kinderbehandlung



M+A GÖBBELS
Zahnarztpraxis

Liebe Eltern,

unser 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 oder bringen ihn in die Praxis, damit wir uns auf Ihr Kind einstellen können. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Einzelne Fragen können Sie auch unbeantwortet lassen.

Zahnarztpraxis

Dr. Maik Göbbels + Andrea Göbbels M.Sc.

📍 Fischerstraße 4, 02977 Hoyerswerda

☎ Tel.: 03571 - 40 41 47

✉ empfang@zahnarztpraxis-goebbels.de

🌐 www.zahnarztpraxis-goebbels.de

Name des Kindes: _____

Kosenname des Kindes: _____

Mein Kind geht in: Kindergarten o Schule o andere o

Mein Kind geht in: Musikschule o Ballett o Sport o andere o

1. Angstanamnese:

Haben Sie als Eltern Angst? (allgemein/ Zahnarzt)

Hat das Kind Angst (allgemein/ wovor genau?)

Ängste Ihres Kindes speziell beim Zahnarzt:

Bitte stellen Sie eine Angsthierarchie auf. Nummerieren Sie die Ängste durch, die größte Angst bekommt die Nummer 1, die geringste die Nummer 16.

Geräusch	—	Schmerz	—
Berührung	—	Behandlungsstuhl	—
Spritze	—	helles Licht/ OP-Leuchte	—
Pieks	—	Instrumente	—
Anblick	—	Praxisgerüche	—
Gefühl während	—	Geschmack	—
Gefühl hinterher	—	Liegeposition	—

Vorerfahrungen beim Zahnarzt:

Trauma durch:

- a) Schmerz
- b) Festhalten
- c) Spritze
- d) Falsche Versprechungen ("Es tut nicht weh.")
- e) Negative Sprache ("Du brauchst keine Angst zu haben.")

f) _____

2. Ressourcenanamnese:

Bitte nummerieren Sie die Vorlieben Ihres Kindes durch. Das Wichtigste kommt unter Nr.1 usw.

- Lieblings- Comic _____
- Lieblings- Märchen _____
- Lieblings- Beschäftigung _____
- Lieblings-Spiel _____
- Lieblings- Sport _____
- Lieblings- Getränk _____
- Lieblings- Essen _____
- Lieblings- Farbe _____
- Lieblings- Tier _____
- Lieblings- Buch _____
- Lieblings- Schulfach _____
- Lieblings- Hobby _____

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, o.a)

Therapeutische Vorgeschichte

War Ihr Kind schon in Therapie?
(z.B. wegen Schlafstörungen, Bettnässen, o.a.- Bitte Anschrift/ Nummer des Therapeuten)

Was sind Ihre Erwartungen, Erfahrungen mit Hypnose?

Datum: _____

Unterschrift: _____