

# THOMAS BEHRENS

IHR ZAHNARZT

ANMELDEBOGEN FÜR KINDER  
bis 12 Jahren

Name des Kindes	_____	geboren am	_____
Name der Mutter	_____	Name des Vaters	_____
Vorname der Mutter	_____	Vorname des Vaters	_____
Geburtsdatum Mutter	_____	Geburtsdatum Vater	_____
Straße	_____	PLZ/ Wohnort	_____
E-Mail Adresse	_____		
Telefon tagsüber	_____	Mobil / Handy	_____
über Hauptversicherter	_____	*Änderungen des Versicherungsverhältnisses sind uns bitte umgehend mitzuteilen	
Krankenkasse	_____	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert
Private Zusatzversicherung*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Private Versicherung*	_____
Name Kinderarzt	_____	Ort Kinderarzt	_____

## GESUNDHEITSFragen

Mein Kind hat/hatte (wann) folgende (schwere) Erkrankungen

Leidet Ihr Kind an Asthma oder andere Atemwegserkrankungen?

Nachgewiesene Allergien

Medikamente

Die 'Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten' sind in der Praxis einsehbar.

Hiermit versichere ich, den Text gelesen und verstanden zu haben und alle Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand zu Gunsten meines Kindes gewissenhaft gemacht zu haben.

Ort und Datum

Unterschrift *Erziehungsberechtigten | Vormund*  
bei geteiltem Sorgerecht beiden Erziehungsberechtigten

## Elternratgeber: Der 1. Zahnarztbesuch Ihres Kindes

Angstfrei zum Zahnarzt – das wünschen sich alle Eltern für Ihr Kind und das wollen auch wir als Zahnarzt. Doch vor dem 1. Zahnarztbesuch gibt es einiges zu beachten. Dieser kleine Ratgeber soll Ihnen wertvolle Tipps geben.

1. Sätze wie: „Du brauchst keine Angst haben“, „Das ist nicht schlimm“ oder „Es tut gar nicht weh“ sind kontraproduktiv. Der Zahnarztbesuch soll für Ihr Kind etwas ganz normales sein – **verhalten Sie sich auch so.**
2. Es ist nicht notwendig, Ihr Kind auf den Zahnarztbesuch vorzubereiten. Ihr Kind spürt es, wenn Sie eine besondere Zuwendung an den Tag legen. Ihr Verhalten überträgt sich auf das Kind. Dadurch kann Angst entstehen. Gehen Sie mit Ihrem Kind einfach zum Zahnarzt, wie sie auch in den Kindergarten oder zum Einkaufen gehen.

Liebe Eltern, liebe Familie,

bitte füllen Sie folgenden Fragebogen aus. Er hilft uns, unsere Behandlung auf die Bedürfnisse Ihres Kindes und seine eventuellen Erkrankungen bzw. Allergien abzustimmen. Es ist uns wichtig, möglichst einfühlsam zu sein und auf die eventuellen Ängste Ihres Kindes einzugehen. Ihre Antworten unterstützen unser persönliches Gespräch und zeigen uns im Vorfeld, worauf wir achten sollten. Danke!

### Mein Kind geht in eine | in den | in die | andere...

Krabbelgruppe    Kindergarten    Schule    Hobbys \_\_\_\_\_

### 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                                       allererster Besuch                       weiß ich nicht

### Hat Ihr Kind (negative) Vorerfahrungen gemacht?

beim Arzt                               beim Zahnarzt                               Klinikaufenthalt

### Wenn ja, welche?

### Wissen oder vermuten Sie, wovor Ihr Kind beim Zahnarzt speziell Angst hat? Kreuzen sie an oder nummerieren Sie die „Ängste“ durch, d.h. die „größte Angst“ bekommt die Nr. 1:

<input type="checkbox"/> Geräusche	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Berührung	<input type="checkbox"/> Geschmack
<input type="checkbox"/> Handschuhe	<input type="checkbox"/> Praxisgeruch	<input type="checkbox"/> weißer Kittel	<input type="checkbox"/> helles Licht
<input type="checkbox"/> Spritze	<input type="checkbox"/> Pieks	<input type="checkbox"/> Instrumente	<input type="checkbox"/> Anblick
<input type="checkbox"/> Behandlungsstuhl	<input type="checkbox"/> Gefühl während	<input type="checkbox"/> Gefühl danach	<input type="checkbox"/> anderes

### Bitte machen Sie ein paar Angaben über die Interessen Ihres Kindes

Lieblingsbeschäftigung	_____	Lieblingsspielzeug	_____
Lieblingbuch	_____	Lieblingsfernsehsendung	_____
Lieblingessen	_____	Lieblingsgetränk	_____
Lieblingstier	_____	Lieblingkuscheltier	_____
Beste Freundin/Freund	_____	Lieblingsfarbe	_____
Das mag unser Kind nicht	_____		