

Dr. med. dent.  
C. Becker-Wegerich  
Behnhofstr. 30  
8712 Stäfa  
www.kaugut.ch

## Liebe Eltern

Bei Ihrem Kind soll eine Zahnbehandlung durchgeführt werden. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus, damit wir uns auf Ihr Kind optimal einstellen können. Spielen einzelne angesprochene Punkte keine grosse Rolle in der Gedanken- und Gefühlswelt Ihres Kindes lassen Sie diese Fragen einfach unbeantwortet. Bearbeiten Sie die Fragen bitte ohne direkte Mitarbeit Ihres Kindes.

### Ressourcenanamnese für \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname

Was spielt in der Welt Ihres Kindes zur Zeit eine grosse Rolle? Womit spielt und beschäftigt es sich am liebsten?

Um Ihnen die Antwort zu erleichtern finden Sie hier einige Beispiele. Unterstreichen Sie bitte zwei bis drei Möglichkeiten, nennen Sie auch eigene Ideen und schreiben Sie den Favorit weiter unten mit Namen auf, wenn Sie ihn genauer benennen können (z.B. Lieblings-Farbe, genau: lila).

Beispiele: Lieblings-

Getränk / Essen / Nachtsch / Farbe / Tier / Kuscheltier / Buch / Musik / Kleidung / Freund / Schulfach / Hobby / Comic / Märchen / Spiel / Sport / Videokassette / Beschäftigung...

Favorit: Lieblings-\_\_\_\_\_, genauer:\_\_\_\_\_

Nennen Sie besondere Bedürfnisse Ihres Kindes:

### Angstanamnese:

Haben Sie als Eltern Angst? (allgemein, Zahnarzt)

Hat Ihr Kind Angst? (allgemein, Zahnarzt)

Bei welchen Zahnärzten war Ihr Kind und welche Behandlungen wurden durchgeführt?  
( Spritze, Zahnentfernung, Füllungen usw. )

Gab es folgende Vorkommnisse?

Schmerz:

Festhalten:

Schwierige Spritze:

Falsche Versprechungen, z.B. "Es tut überhaupt nicht weh!"

Negative Sprache, z.B. "Du brauchst keine Angst zu haben! Stell Dich nicht so an! Du bist ungezogen!"

Andere erwähnenswerte Vorkommnisse:

Ängste Ihres Kindes beim Zahnarzt:

Dinge, die bei Ihrem Kind Angst verursachen. Unterstreichen Sie die Hauptauslöser für diese Ängste und schreiben Sie eventuell einen Kommentar dazu:

Geräusch:

Schmerz:

Berührung:

Spritze (Pieks / Anblick / Gefühl während der Spritze / Gefühl hinterher):

Helles Licht, OP-Leuchte:

Instrumente:

Andere:

War Ihr Kind schon in einer Therapie oder hatte es eine belastende ärztliche Behandlung?  
Welche?

Sind Ihnen Erkrankungen bekannt, z.B. Allergien, Herzfehler.

Nimmt Ihr Kind Medikamente?

Welche?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

C. Becker-Wegerich