

KINDERANAMNESEBOGEN

Liebe Eltern,

Sie haben einen Termin für Ihr Kind in unserer Praxis vereinbart. Im Folgenden möchten wir Sie ein wenig über unser Konzept der Kinderbehandlung informieren und Ihnen ein paar Tipps zur Vorbereitung Ihres Kindes auf den ersten Besuch unserer Praxis geben.

Kinder sind bei uns Hauptpersonen!

Je „normaler“ Ihr Kind einen Zahnarztbesuch empfindet, desto besser. Seien Sie trotzdem nicht frustriert, wenn nicht gleich beim ersten Besuch gleich alles so klappt, wie Sie es sich wünschen - auch ganz kleine Erfolge sind wichtige Erfolge, und manche Kinder brauchen eben eine etwas längere „Warm-Werd-Phase“.

Die Erfahrung zeigt, dass Kinder, die alleine mit uns ins Behandlungszimmer kommen

- aufmerksamer und leichter motivierbar sowie
- unkomplizierter behandelbar sind und an diesem Ergebnis „wachsen“ können.

Dies heißt nicht, dass Sie auf keinen Fall mit in das Behandlungszimmer mitkommen dürfen. Wir überlassen die Entscheidung den Kindern – ist Ihr Kind noch sehr jung oder ängstlich oder möchte Sie aus anderen Gründen dabei haben, dann stehen wir Ihrem „Besuch“ im Behandlungszimmer nicht im Wege, haben aber zwei Bitten an Sie:

- Reden mehrere Personen auf ein Kind ein, so verwirrt dies das Kind, es weiß nicht so genau, auf wen es hören soll.

Überlassen Sie uns das Sprechen – auch wenn es schwer fällt!

Gibt es aus Ihrer Sicht noch wichtige Dinge zu besprechen, die auf diesem Bogen keinen Platz gefunden haben, so sprechen Sie uns im Vorfeld der Behandlung darauf an – bitte nicht im Zimmer in Gegenwart Ihres Kindes.

- Aus demselben Grund möchten wir keine Großfamilien mit in das Sprechzimmer nehmen. Lassen Sie Ihr Kind entscheiden, ob es gerne Mama, Papa, Oma, Opa, den Bruder oder die Schwester dabei haben möchte.

Wenn Ihr Kind gern allein mit uns in das Behandlungszimmer kommt, werden wir Sie natürlich über die Befunde der Untersuchung sowie die geplante Behandlung informieren und selbstverständlich Ihr Einverständnis dafür einholen.

Hier möchten wir Sie um einige Angaben zu Ihrem Kind bitten:

Name: _____

Alter: _____

Geburtsdatum: _____

Mein Kind hat/hatte folgende (schwere) Erkrankungen, Unfälle oder Operationen; wann?

Allergien: _____

Medikamente: _____

Mein Kind geht in eine Krabbelgruppe den Kindergarten die Schule

und außerdem zur Musikschule zum Sport, Ballett,...

andere

Hobbies _____

Hat Ihr Kind im allgemeinen vor etwas Angst? _____

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt? ja nein allererster Besuch weiß ich nicht

Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt? ja nein ein bisschen weiß ich nicht

Hat Ihr Kind negative Erfahrungen gemacht? beim Arzt
 beim Zahnarzt
 bei einem Klinikaufenthalt

Wissen oder vermuten Sie, wovor Ihr Kind beim Zahnarzt speziell Angst hat/hatte? Kreuzen Sie an oder nummerieren Sie die „Ängste“ durch, d. h. die „größte Angst“ bekommt die Nummer 1 usw.

- | | | |
|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Geräusche | <input type="checkbox"/> Praxisgeruch | <input type="checkbox"/> weißer Kittel |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Geschmack | <input type="checkbox"/> helles Licht |
| <input type="checkbox"/> Berührung | <input type="checkbox"/> Handschuhe | <input type="checkbox"/> Instrumente |
| <input type="checkbox"/> Spritze: | <input type="checkbox"/> Pieks | <input type="checkbox"/> Mundschutz |
| | <input type="checkbox"/> Anblick | <input type="checkbox"/> anderes: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl | _____ |

Was hat Ihr Kind beim letzten Zahnarztbesuch besonders gestört / Warum gab es Probleme?

Bitte machen sie uns einige Angaben über die „Welt“ Ihres Kindes:

Lieblingsbeschäftigungen: _____

Lieblingsbuch: _____

Lieblingssport: _____

Lieblingsessen: _____

Lieblingsgetränk _____

Lieblingsfarbe: _____

Lieblingkuscheltier (Bitte mitbringen, wenn Ihr Kind das möchte!): _____

Was sollten wir noch über Ihr Kind wissen? _____