



# Kinderhypnose Fragebogen

Tel.: 030 - 494 50 40 Fax: 030 - 499 15 970  
praxis@gesunde-zaehne-lebenslang.de  
www.gesunde-zaehne-lebenslang.de

**DR. RADMANN + PARTNER**  
Zahnärzte im Gesundbrunnen-Center Berlin

Dr. Sandra Bindemann

Zahnärztliche Hypnose und Kommunikation • Kinderzahnmedizin

## Patient

Nachname / Vorname / Kosenamen bzw. Spitznamen ihres Kindes

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

Postleitzahl / Ort

Telefon

## Interessen und Vorlieben meines Kindes

Lieblingssessen

Lieblingsgetränk

Lieblingsfarbe

Lieblingsspiel / Lieblingsbeschäftigung

Lieblingssfilm / Lieblingsbuch

Liebblingsfreund/-in

Lieblingswohlfühlort

## Liebe Eltern,

in einem ausführlichen Gespräch werden wir uns über ihre Ängste und Sorgen, über die unschönen Erlebnisse ihres Kindes und ihre Erfahrungen austauschen. Wir nehmen ihre Sorgen und Ängste ernst. Dieser Fragebogen dient der Vorbereitung einer angenehmen Zahnbehandlung ihres Kindes. Bitte nehmen Sie sich Zeit zum Ausfüllen dieses Fragebogens und bringen ihn zum Beratungstermin mit.

## Mein Kind geht in den Kindergarten

Name

Gruppe

## Mein Kind geht in die Schule

Name

Klasse

## Was ist der Hauptgrund für eine Kinderhypnose-Behandlung?

## Wovor hat Ihr Kind beim Zahnarzt Angst oder Sorgen?

## Welche Vorerfahrung gab es bei anderen Zahnärzten?

## Gibt oder gab es andere Vorkommnisse?

## Was sind Ihre Erwartungen?

## Was sollten wir noch unbedingt wissen?

## Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Die Notwendigkeit der Videoaufzeichnung meiner Behandlung aus rechtlichen Gründen wurde mir erklärt und ich bin einverstanden.

Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass diese Aufzeichnungen eventuell zu Fortbildungszwecken verwendet werden.

Ja  Nein

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben helfen wir Ihnen gerne.

Zur professionellen und individuellen Vorbereitung der medizinischen Hypnose benötigen wir diesen Fragebogen bitte mindestens 24 Stunden vor der ersten Therapie.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Name der Eltern

Unterschrift der Eltern