

...Spritze
...Pieks
...Anblick
...Gefühl während
...Gefühl hinterher
...Weißer Kittel
...Helles Licht, OP Leuchte
...Instrumente

...Behandlungsstuhl
...Liegeposition
...Sitzposition

3. Vorerfahrung beim Arzt:

- welcher?
- Klinik - was, wie lange?

.....
.....
.....

Beim Zahnarzt:

--Trauma durch

- a) Schmerz
- b) Festhalten
- c) Spritze
- d) Falsche Versprechungen („Es tut überhaupt gar nicht weh!“)
- e) Negative Sprache
 („Du brauchst keine Angst haben!“)
 („Stell Dich nicht so an!“)
 („D bist ungezogen!“)
- f)

4. Bedürfnisse Ihres Kindes

.....
.....
.....
.....

Ressourcenanamnese

5. Die Welt Ihres Kindes:

Bitte nummerieren Sie die Vorlieben Ihres Kindes durch. Die wichtigste bekommt die Nr. 1

--Lieblings-Comic

.....

--Lieblings-Märchen.....

--Lieblings-Helferfigur.....

--Lieblings-Beschäftigung.....

--Lieblings-Spiel

--Lieblings-Sport

- Lieblings-Getränk
- Lieblings-Essen
- Lieblings-Nachtsch.....
- Lieblings-Farbe
- Lieblings-Tier
- Lieblings-Kuscheltier (mitbringen!).....
- Lieblings-Buch
- Lieblings-Musik
- Lieblings-Kleidung.....
- Lieblings-Freund
- Lieblings-Schulfach.....
- Lieblings-Hobby

6. 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)

.....

Therapeutische Vorgeschichte

War Ihr Kind schon in Therapie? Z.B. wegen Schlafstörungen, Bettnässen (Anschrift/Telefonnummer des Therapeuten). Welche Therapie (z.B. AT etc.)

.....

.....

.....

Was sind Ihre Erwartungen, Erfahrungen mit Hypnose?

.....

.....

Liebe Eltern,

bitte schicken Sie uns diese Seiten ausgefüllt vor der Behandlung Ihres Kindes in unsere Praxis.