

# Fragebogen zur Zahngesundheit

Name Ihres Kindes

Geburtsdatum

## Stillen und Ernährung

- Haben Sie Ihr Kind gestillt?  Ja  Nein Wenn ja: Wie lange? ..... Monate
- Gaben bzw. geben Sie Ihrem Kind die Babyflasche?  Ja  Nein Wenn ja: Wie lange? ..... Monate
- Was war / ist in der Flasche? .....
- Wann bekommt/bekam Ihr Kind die Flasche?  morgens  mittags  abends  nachts
- Was trinkt Ihr Kind heute vorwiegend? .....
- Was isst Ihr Kind heute hauptsächlich? .....
- Bekommt Ihr Kind Süßigkeiten?  oft  manchmal  nie

## Zahnpflege und Fluoridzufuhr

- Wie oft putzt Ihr Kind bzw. putzen Sie seine Zähne?  morgens  mittags  abends
- Mit was für einer Zahnbürste?  Handzahnbürste  Elektrische Zahnbürste
- Hat bzw. bekommt Ihr Kind  Fluoridhaltige Zahnpasta  Fluoridiertes Speisesalz  Fluorid-Tabletten

## Angewohnheiten und Auffälligkeiten

- Bis zu welchem Alter hat Ihr Kind die Babyflasche bekommen? ..... Jahre  Immer noch
- Bis zu welchem Alter hat Ihr Kind einen Schnuller benutzt? ..... Jahre  Immer noch
- Bis zu welchem Alter hat Ihr Kind am Daumen gelutscht? ..... Jahre  Immer noch
- Atmet Ihr Kind häufig mit offenem Mund?  Ja  Nein
- Beobachten Sie Sprachstörungen bei Ihrem Kind (z.B. Lispeln)?  Ja  Nein
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Kind schlecht hört?  Ja  Nein
- Hatte Ihr Kind einen Unfall mit Verletzung der Zähne?  Ja  Nein
- Hatte Ihr Kind schon negative Erlebnisse beim Zahnarzt?  Ja  Nein  Erster Zahnarztbesuch

## Allergien und Krankheiten

- Hat Ihr Kind Allergien?  Ja  Nein Wenn ja: Wogegen? .....
- Leidet Ihr Kind an chronischen Krankheiten?  Ja  Nein Wenn ja: Welche? .....
- Was gibt es aus Ihrer Sicht sonst noch Wichtiges? .....

## Regelmäßige Prophylaxe zum Schutz der Zähne Ihres Kindes

- Haben Sie Interesse daran, dass Ihr Kind an unserem Prophylaxe-Programm teilnimmt?  Ja  Nein

.....  
(Datum)

.....  
(Unterschrift)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt zum Termin Ihres Kindes mit.

