Fragebogen zur Zahngesundheit

Name Ihres Kindes	Geburtsdatum

Stillen und Ernährung

Haben Sie Ihr Kind gestillt? **O** Ja **O** Nein Wenn ja: Wie lange? ..... Monate

Gaben bzw. geben Sie Ihrem Kind die Babyflasche? **O** Ja **O** Nein Wenn ja: Wie lange? ..... Monate

Was war / ist in der Flasche? .....

Wann bekommt/bekam Ihr Kind die Flasche? **O** morgens **O** mittags **O** abends **O** nachts

Was trinkt Ihr Kind heute vorwiegend? .....

Was isst Ihr Kind heute hauptsächlich? .....

Bekommt Ihr Kind Süßigkeiten? **O** oft **O** manchmal **O** nie

Zahnpflege und Fluoridzufuhr

Wie oft putzt Ihr Kind bzw. putzen Sie seine Zähne? **O** morgens **O** mittags **O** abends

Mit was für einer Zahnbürste? **O** Handzahnbürste **O** Elektrische Zahnbürste

Hat bzw. bekommt Ihr Kind **O** Fluoridhaltige Zahnpasta **O** Fluoridiertes Speisesalz **O** Fluorid-Tabletten

Angewohnheiten und Auffälligkeiten

Bis zu welchem Alter hat Ihr Kind die Babyflasche bekommen? ..... Jahre **O** Immer noch

Bis zu welchem Alter hat Ihr Kind einen Schnuller benutzt? ..... Jahre **O** Immer noch

Bis zu welchem Alter hat Ihr Kind am Daumen gelutscht? ..... Jahre **O** Immer noch

Atmet Ihr Kind häufig mit offenem Mund? **O** Ja **O** Nein

Beobachten Sie Sprachstörungen bei Ihrem Kind (z.B. Lispeln)? **O** Ja **O** Nein

Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Kind schlecht hört? **O** Ja **O** Nein

Hatte Ihr Kind einen Unfall mit Verletzung der Zähne? **O** Ja **O** Nein

Hatte Ihr Kind schon negative Erlebnisse beim Zahnarzt? **O** Ja **O** Nein **O** Erster Zahnarztbesuch

Allergien und Krankheiten

Hat Ihr Kind Allergien? **O** Ja **O** Nein Wenn ja: Wogegen? .....

Leidet Ihr Kind an chronischen Krankheiten? **O** Ja **O** 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? **O** Ja **O** Nein

....

(Datum) (Unterschrift)

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

die zahnarztpraxis am theater

die zahnarztpraxis am theater
Dr. Ralf Junk und Partner
Hindenburgstr. 8a, 54290 Trier • Tel. 0651 - 22935
www.prophylaxe-zahnarzt-trier.de