

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.



Zahnarztpraxis Dr. Ralph Stein
Antoniusstr. 13, 45663 Recklinghausen
Tel. 02361 - 6 40 13
www.gesunde-kinderzaehne-recklinghausen.de

