

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Telefonnummer: _____

Wer ist für Ihr Kind sorgeberechtigt? Mutter Vater

Bisheriger Zahnarzt: _____

Kinderarzt/Hausarzt: _____

Von wem wurden Sie überwiesen? _____

1) Welche Allgemeinerkrankungen sind bei Ihrem Kind bekannt?

Herzpass

Bluterpass

Allergiepass

2) Hat sich Ihr Kind schon mal im Zahn/Mundbereich verletzt? Wenn ja, Wann und wo?

3) Bis zu welchem Alter wurde Ihr Kind gestillt? _____ Bis Jetzt

Trinkt Ihr Kind aus Nuckelflasche Trinklernbecher Trinkflasche ?

Was ist am häufigsten in der Trinkflasche? _____

Seit welchem Alter trinkt Ihr Kind aus der Tasse/Becher? _____

4) Welche Produkte bekommt ihr Kind wie häufig? (bitte ankreuzen)

	Selten	1-2x wöchentlich	1-2x täglich	3-6x täglich	>6x täglich	Nachts
Wasser/ungesüßter Tee						
Gesüßter Tee/ Granulat, „Krümeltee“						
Säfte,Eistee,Limonade						
Saftschorlen						
Muttermilch, Kuhmilch						
Kakao/ Erdbeermilch, o.ä.						
Gummibärchen/ Schokolade						
Marmelade/Nutella						
Bonbons/Lutscher						
Eis						
Kekse/Kuchen						

- 5) Wer putzt bei Ihrem Kind die Zähne? Eltern Kind _____
- Wie oft werden die Zähne geputzt? Gar nicht Gelegentlich 1x tgl 2-3x tgl
- Wann werden die Zähne **regelmäßig** geputzt? Morgens Mittags Abends
- vor den Mahlzeiten nach den Mahlzeiten
- Womit werden die Zähne geputzt? Handzahnbürste Elektrische Zahnbürste
- Erwachsenenzahnpasta Kinderzahnpasta Fluoridfreie Zahnpasta
- Verwendet Ihr Kind 1 x wöchentlich Elmex Gelee? Ja Nein
- Nutzen Sie fluoridiertes Speisesalz im Haushalt? Ja Nein
- Bekam/Bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten (evt. in Kombination mit Vitamin D) ? Ja Nein
- 6) Hat Ihr Kind folgende Angewohnheiten? Schnuller Lippen/Wangensaugen
- Daumen Lutschen _____
- 7) Wie verliefen bisherige Zahnarztbesuche? Gut Schwierig
- Wie schätzen Sie selbst die Behandlungsmöglichkeit ein ? Gut Mittel Nicht möglich

Datum: _____

Unterschrift: _____