

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.



Gemeinschaftspraxis Dr. Alois Stiegelmayr und Dr. Gaby Halberstadt-Horn
Brentanostr. 1, 86167 Augsburg
Tel. 0821 - 791000
www.gesunde-kinderzaehne-augsburg.de

