



Warum kommt ihr Kind heute in unsere Praxis:

- Routineuntersuchung / Kontrolle
 Individualprophylaxe/professionelle Zahnreinigung
 Akute Beschwerden: Welche und seit wann: _____

War ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? Ja Nein

Welche Hobbys oder Lieblingsbeschäftigungen hat Ihr Kind?

Beschreiben Sie bitte kurz das Ernährungsverhalten Ihres Kindes:

Wird Ihr Kind aktuell noch gestillt? Ja Nein

Was und wieviel trinkt ihr Kind im Tagesverlauf? _____

Trinkt Ihr Kind selbstständig? Ja Nein

Wenn ja, aus welchem Gefäß? _____

Hat ihr Kind etwas zu Trinken am Bett? Ja Nein

Wenn ja, was? _____

Kann ihr Kind zu jeder Zeit gut durch die Nase atmen? Ja Nein

Wie werden die Zähne geputzt?

- von Hand
 elektrisch
 mit Hilfe der Eltern
 durch die Eltern
 Flosser/Zahnseidesticks werden genutzt

Wie wird Fluor gegeben?

- Tabletten
 fluoridiertes Speisesalz
 es erfolgt keine Fluoridgabe
 altersentsprechende fluoridhaltige Zahnpasta

Wie oft werden die Zähne geputzt?

- Weniger als 1x täglich
 1x täglich
 Morgens und abends
 Mehr als 2x täglich

Hat/Hatte ihr Kind Lutschgewohnheiten:

- Daumen
 Finger
 Schnuller
 Keine

Putzen Sie nach? Ja Nein

Ich möchte noch Folgendes anmerken:

Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen