



ZUSATZFRAGEBOGEN

für die kinderzahnärztliche Behandlung

Liebe Eltern,

wir möchten Sie bitten, sich kurz etwas Zeit zu nehmen und diesen Zusatzfragebogen für Ihr Kind auszufüllen. Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen.

Angaben zur Person:

_____ m w d _____
 Vorname, Nachname (Patient/in) Geburtsort, Geburtsdatum

Angaben zu Ärzten/innen:

 Kinderarzt/ärztin (Name, Adresse, Telefon)

 Logopäde/in (Name, Adresse, Telefon)

 Weitere mitbehandelnde Ärzte/innen wie z. B. Homöopathie, Osteopathie etc. (Name, Adresse, Telefon)

1. Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?

- gar nicht manchmal
 1x täglich 2 - 3x täglich

2. Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?

- gar keine fluoridfreie
 Milchzahnpasta Juniorzahnpasta

3. Wer putzt bei Ihrem Kind die Zähne?

- Eltern Kind
 Eltern und Kind

4. Wann putzen Sie Ihrem Kind regelmäßig die Zähne?

- morgens mittags abends
 vor den Mahlzeiten nach den Mahlzeiten

5. Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?

- Handzahnbürste elektr. Zahnbürste

6. Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten?

- ja nein

7. Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz?

- ja weiß nicht
 nein

8. Wird/wurde Ihr Kind gestillt?

- ja nein

Wenn ja, wie lange? _____

9. Bei Kleinkindern: Geben Sie Ihrem Kind bereits zusätzlich Wasser oder andere Getränke? ja nein

Wenn ja, woraus?

 Tasse/Becher mit Trinkaufsatz offene Tasse/Becher ohne Trinkaufsatz**10. Bekommt Ihr Kind nachts (von 20 Uhr bis 8 Uhr) etwas zu trinken?** ja nein

Wenn ja, wie?

 Brust Flasche Becher mit Trinkaufsatz andere: _____**11. Welches Getränk bekommt Ihr Kind am häufigsten?** Wasser ungesüßter Tee anderes: _____**12. Seit welchem Alter trinkt Ihr Kind aus einer Tasse/Becher? Jahr/Monat: _____****13. Bei Still- oder Flaschenkindern: Bekommt Ihr Kind schon Beikost?** ja nein

Wenn ja, welche? _____

14. Welche Schnullergewohnheiten bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat/hatte es?

Es schnullert/lutscht am Daumen:

 nein tags, bei Müdigkeit immer zum Einschlafen häufig zur Beruhigung

Schnullert es /lutscht es nachts am Daumen?

 ja nein

Können Sie den Schnuller/den Daumen nach dem Einschlafen herausziehen?

 ja nein**15. Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt?** ja nein

Wenn ja, wann und warum? _____

16. Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt? keine

Diese: _____

17. Für welche Beschäftigungen hat Ihr Kind eine besondere Vorliebe? (Spiele, Sport, Bücher)_____

Ort, Datum, Unterschrift (Patient / Erziehungsberechtigter / Sorgeberechtigter / Vormund)**Mir ist bekannt, dass die Aufsichtspflicht im gesamten Praxisbereich bei mir liegt.**