## Fragebogen zur Zahngesundheit

Name Ihres Kindes	Geburtsdatum
Stillen und Ernährung	
Haben Sie Ihr Kind gestillt?  Gaben bzw. geben Sie Ihrem Kind die Babyflasche?  Was war / ist in der Flasche?	O Ja O Nein Wenn ja: Wie lange? Monate O Ja O Nein Wenn ja: Wie lange? Monate
Wann bekommt/bekam Ihr Kind die Flasche?  Was trinkt Ihr Kind heute vorwiegend?	
Bekommt Ihr Kind Süßigkeiten?	O oft O manchmal O nie
Zahnpflege und Fluoridzufuhr Wie oft putzt Ihr Kind bzw. putzen Sie seine Zähne? Mit was für einer Zahnbürste?	O morgens O mittags O abends O Handzahnbürste O Elektrische Zahnbürste
Angewohnheiten und Auffälligkeiten	
Bis zu welchem Alter hat Ihr Kind die Babyflasche bekommen? Bis zu welchem Alter hat Ihr Kind einen Schnuller benutzt? Bis zu welchem Alter hat Ihr Kind am Daumen gelutscht?	Jahre O Immer noch Jahre O Immer noch Jahre O Immer noch
Atmet Ihr Kind häufig mit offenem Mund?  Beobachten Sie Sprachstörungen bei Ihrem Kind (z.B. Lispeln)?  Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Kind schlecht hört?	O Ja O Nein O Ja O Nein O Ja O Nein
Hatte Ihr Kind einen Unfall mit Verletzung der Zähne? Hatte Ihr Kind schon negative Erlebnisse beim Zahnarzt?	O Ja O Nein O Ja O Nein O Erster Zahnarztbesuch
Allergien und Krankheiten	
Hat Ihr Kind Allergien?  Leidet Ihr Kind an chronischen Krankheiten?  O Ja O Nein Was gibt es aus Ihrer Sicht sonst noch Wichtiges?	, 00
Regelmäßige Prophylaxe zum Schutz der Zähne Ihres Kindes  Haben Sie Interesse daran, dass Ihr Kind an unserem Prophylaxe-Programm teilnimmt?  O Ja  O Nein	
(Datum) (U	nterschrift)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt zum Termin Ihres Kindes mit.



Die Zahnarztpraxis • Dr. Martin Ostermeier

Bernsteinstr. 1, 93152 Nittendorf

Tel. 09404 - 44 55

www.prophylaxe-zahnarzt-regensburg.de

