

Anlage bei Kindern (Prophylaxe)

Persönliche Angaben

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum

Allgemeine Angaben

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

Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt? ja nein

Wenn ja, wann?

Wenn ja, aus welchem Grund?

Befindet sich Ihr Kind in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, aus welchem Grund und wann?

Wenn ja, welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder anderen Ärzten gemacht?

Prophylaxeorientierte Angaben

Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?

- nie selten 1x tägl. 2-3 x tägl.

Nutzen Sie eine altersspezifische Zahnpasta mit Fluorid?

- ja nein

Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?

- Handzahnbürste elektrische Zahnbürste

Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind?

- Eltern Kind Eltern und Kind

Hat Ihr Kind Fluoridtabletten eingenommen bzw. nimmt diese noch ein?

- ja nein

Wird/ wurde Ihr Kind gestillt?

- ja nein

Welches Getränk trinkt Ihr Kind am häufigsten? _____

Benutzt Ihr Kind einen Schnuller oder lutscht Ihr Kind am Daumen?

- ja nein

wenn ja, wann?

- häufig zur Beruhigung
 tagsüber, wenn es müde ist
 immer zum Einschlafen
 nachts

Isst Ihr Kind gern Süßes?

- ja nein

wenn ja, wie oft?

- mehrmals am Tag
 1x am Tag
 selten

Köthen (Anhalt), den _____ Unterschrift _____