

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Krankenversicherung: _____

Letzter Vorsorgetermin: _____



Sonstige Bemerkungen

Ernährung



SÜSSIGKEITEN

- | | |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Wenn ja, wie oft? |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Selten |
| | <input type="checkbox"/> 1x täglich |
| | <input type="checkbox"/> mehr als 5x täglich |

FRÜHSTÜCK

Trinken

- Tee mit Zucker
- Tee ohne Zucker
- Milch
- Kakao
- Wasser
- Softdrinks, Fruchtsaft
- Sonstiges

Essen

- Brot
- Butter
- Käse, Wurst
- Marmelade, Nutella
- Müsli
- Zerealien
- Sonstiges

MITTAGESSEN

ZWISCHENDURCH

Trinken

- Tee mit Zucker
- Tee ohne Zucker
- Milch
- Kakao
- Wasser
- Softdrinks, Fruchtsaft
- Sonstiges

Essen

- Brot
- Butter
- Käse, Wurst
- Marmelade, Nutella
- Obst, Rohkost
- Süßigkeiten
- Sonstiges

ABENDESSEN

STILLEN

- Wird immer noch gestillt
- Wird nicht gestillt
- Bis zum Alter von _____

TRINKEN

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aus der Flasche | <input type="checkbox"/> Milch |
| <input type="checkbox"/> Tagsüber | <input type="checkbox"/> Kakao |
| <input type="checkbox"/> Nachts | <input type="checkbox"/> Wasser |
| <input type="checkbox"/> Aus Becher/Tasse/Glas | <input type="checkbox"/> Softdrinks, Fruchtsaft |
| <input type="checkbox"/> Tee ohne Zucker | <input type="checkbox"/> Fruchtschorlen |
| <input type="checkbox"/> Tee mit Zucker | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Richtiges Putzen



DAS KIND PUTZT DIE ZÄHNE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bisher noch nicht | <input type="checkbox"/> Ohne Zahnpasta |
| <input type="checkbox"/> Nicht regelmäßig | <input type="checkbox"/> Mit Zahnpasta |
| <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x täglich | <input type="checkbox"/> Für Kinder |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Für Erwachsene |

DIE ZAHNREINIGUNG DES KINDES ERFOLGT

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bereitwillig | <input type="checkbox"/> Durch das Kind |
| <input type="checkbox"/> Mit Widerstand | <input type="checkbox"/> Mithilfe der Eltern |
| <input type="checkbox"/> Wechselhaft | <input type="checkbox"/> Durch die Eltern |

DIE ZÄHNE WERDEN GEPUTZT

- Vor dem Frühstück
- Nach dem Frühstück
- Nach dem Mittagessen
- Sofort nach dem Abendessen
- Erst vor dem Zubettgehen

DURCHSCHNITTLICHE PUTZDAUER

_____ Minuten

DIE ZÄHNE WERDEN GEPFLEGT MIT

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Handzahnbürste | <input type="checkbox"/> Zahnseide |
| <input type="checkbox"/> Für Kinder | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Für Erwachsene | _____ |
| <input type="checkbox"/> Elektrische Zahnbürste | _____ |

Fluoridanamnese



VERWENDEN SIE EINE FLUORIDIERTE ZAHNPASTA?

- Ja Nein

EINE TABLETTENFLUORIDIERUNG

- Wurde nicht durchgeführt
- Wird durchgeführt
- Dosierung: _____
- Präparat: _____
- Wurde durchgeführt bis zum Alter von _____

VERWENDEN SIE FLUORIDIERTES SPEISESALZ?

- Ja Nein

ERHÄLT IHR KIND FLUORID AUS WEITEREN QUELLEN?
