

Kinderanamnesebogen (1/2)

Name:

Geburtsdatum:

1. War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? Ja Nein
2. Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt? Ja Nein
3. Wenn ja, welche Erfahrungen hat es gemacht?

4. Wie häufig putzt Ihr Kind sich am Tag die Zähne? 1x 2x 3x
5. Wie häufig helfen Sie Ihrem Kind dabei. 1x 2x 3x
6. Womit werden die Zähne Ihres Kindes geputzt?

Handzahnbürste
elektr. Zahnbürste

Zahncreme mit Fluorid
Zahncreme ohne Fluorid

7. Benutzt Ihr Kind Zahnseide? Ja Nein
8. Bekommt Ihr Kind Fluoride? Ja Nein

9. In welcher Form? (Salz, Zahnpasta, Fluoretten...)

10. Haben Sie bei Ihrem Kind schief stehende Zähne beobachtet? Ja Nein

11. Hat Ihr Kind guckelt?
(Wie lange und woran? z.B. Daumen, Schnuller...)

12. Geben oder gaben Sie Ihrem Kind aus der Flasche zu trinken?

Nein

Ja - Wann und bis zu welchem Alter?

Kinderanamnesebogen (2/2)

13. Wie häufig isst Ihr Kind am Tag zuckerhaltige Lebensmittel?

1x 2x 3x öfter

14. Was isst und trinkt Ihr Kind zum Frühstück?

15. Was gibt es als Zwischenmahlzeit?

16. Was trinkt Ihr Kind am Tag?

17. Trinkt Ihr Kind aus einer Nuckel-, Schnabel-, oder Sportflasche? wenn ja, wie oft und was?

18. Betreibt Ihr Kind gefährlichen Sport? (Inliner, Hockey, Rugby)

19. Hat Ihr Kind schon einmal eine Zahn- oder Gesichtsverletzung gehabt? (Wenn ja, wo genau und wobei?)

20. Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung? Ja Nein

21. Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

22. Name des Kieferorthopäden:

23. Sind Sie mit einer Zahnschmelzhärtung durch Fluoridierungsmaßnahmen einverstanden?

Ja Nein