



ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch?

| | Ja | Nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, wann und bei wem war Ihr Kind in Behandlung? | | |
| Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hatte Ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall, bei dem Mund oder Gesicht verwundet wurde? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lutscht Ihr Kind Schnuller oder Daumen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Benutzt Ihr Kind: | | |
| Fluoridhaltige Zahnpasta? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fluoridhaltiges Speisesalz? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fluoridtabletten (Zymafluor)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wie oft putzen Sie Ihrem Kind / putzt Ihr Kind die Zähne? | | |
| <input type="radio"/> Gar nicht | | |
| <input type="radio"/> Manchmal | | |
| <input type="radio"/> 1x täglich 2-3x täglich | | |
| <input type="radio"/> Vor/nach den Mahlzeiten | | |

Ernährungsgewohnheiten (nur bei Kindern unter 6 Jahren)

Haben Sie Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange? _____ Ja Nein

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

Bis zu welchem Alter? _____

Wann? morgens mittags abends nachts

Was war / ist in der Flasche? _____

Was trinkt Ihr Kind heute hauptsächlich? _____

Geben Sie Ihrem Kind regelmäßig Süßigkeiten?



Vielen Dank für Ihre Angaben