



## 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