

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Krankenversicherung: _____

Letzter Vorsorgetermin: _____



Sonstige Bemerkungen

Ernährung



SÜSSIGKEITEN

- | | |
|-------------------------------|--|
| ☐ Ja | ☐ Wenn ja, wie oft? |
| ☐ Nein | ☐ Selten |
| | ☐ 1x täglich |
| | ☐ 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

- | | |
|--|---|
| ☐ Aus der Flasche | ☐ Milch |
| ☐ Tagsüber | ☐ Kakao |
| ☐ Nachts | ☐ Wasser |
| ☐ Aus Becher/Tasse/Glas | ☐ Softdrinks, Fruchtsaft |
| ☐ Tee ohne Zucker | ☐ Fruchtschorlen |
| ☐ Tee mit Zucker | ☐ Sonstiges |

Richtiges Putzen



DAS KIND PUTZT DIE ZÄHNE

- | | |
|---|---|
| ☐ Bisher noch nicht | ☐ Ohne Zahnpasta |
| ☐ Nicht regelmäßig | ☐ Mit Zahnpasta |
| ☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x täglich | ☐ Für Kinder |
| ☐ _____ | ☐ Für Erwachsene |

DIE ZAHNREINIGUNG DES KINDES ERFOLGT

- | | |
|---|--|
| ☐ Bereitwillig | ☐ Durch das Kind |
| ☐ Mit Widerstand | ☐ Mithilfe der Eltern |
| ☐ Wechselhaft | ☐ 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

- | | |
|---|------------------------------------|
| ☐ Handzahnbürste | ☐ Zahnseide |
| ☐ Für Kinder | ☐ Sonstiges |
| ☐ Für Erwachsene | _____ |
| ☐ 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?
