

Fluoridanamnese

Kind: _____

1.) Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne? Bzw. Wie oft putzt Ihr Kind sich die Zähne?

- gar nicht manchmal 1 x täglich 2 -3 x täglich

2.) Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?

- gar keine fluoridfreie Kinderzahnpasta Erwachsenenzahnpasta

3.) Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind?

- Eltern Kind Eltern & Kind

4.) Wann putzen Sie Ihrem Kind die Zähne regelmäßig?

- morgens mittags abends vor den Mahlzeiten nach den Mahlzeiten

5.) Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?

- Handzahnbürste elektrische Zahnbürste

6.) Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten?

- Ja Nein

7.) Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz?

- Ja Nein

8.) Wird/wurde Ihr Kind gestillt?

- Ja Nein

9.) Geben Sie Ihrem Kind zusätzlich Wasser oder andere Getränke?

- Ja Nein

- Wenn ja woraus? Tasse/Becher mit Trinkaufsatz
 offene Tasse/Becher ohne Trinkaufsatz

10.) Bekommt Ihr Kind nachts etwas zu trinken?

- Ja Nein

- Wenn ja, wie? Stillen Flasche Becher mit Trinkaufsatz

- andere: _____

11.) Welches Getränk ist am häufigsten in der Nuckelflasche?
 Wasser ungesüßter Tee Apfelsaft Eistee
anderes: _____

12.) Seit welchem Alter trinkt Ihr Kind aus einer Tasse/Becher? _____(Jahr/Monat)

13.) Welche Schnullergewohnheiten bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat es?

Es schnullert/lutscht am Daumen: nein tags, wenn es müde ist
 häufig zur Beruhigung immer zum Einschlafen

14.) Für welche Beschäftigung hat Ihr Kind eine besondere Vorliebe? (Spiele, Sport, Bücher)

15.) Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder in der Klinik? Keine

_____ Datum:

_____ Unterschrift Erziehungsberechtigte /r