

Hat oder hatte Ihr Kind fieberhafte Erkrankungen? ja nein

.....
Art der fieberhaften Erkrankung Alter bei der Erkrankung

Hatte Ihr Kind bereits eine Operation? ja nein

.....
Art der Operation

Hatte Ihr Kind schwere Unfälle? ja nein

.....
Art des Unfalls

Hat Ihr Kind Allergien? ja nein
Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

.....

War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus? ja nein

.....
Grund des Krankenhausaufenthaltes

Atmet Ihr Kind durch den Mund? ja nein

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? ja nein

.....
Name der Medikamente

Wie verlief die Schwangerschaft? normal mit Komplikationen

Wie verlief die Geburt? normal mit Komplikationen

.....
Art der Komplikationen

Geburtsgewicht: Gramm

Wann ist der erste Zahn durchgebrochen (gewachsen)?..... Monat

Krankengeschichte der Eltern

Angaben Mutter

Angaben Vater

Sind bei den Eltern Allergien bekannt? ja nein ja nein

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

.....
.....
.....

Neigen Sie zu

Karies	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnstein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnarztangst	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Angaben zur Person und die Behandlungsdaten werden in unserer Praxis per EDV gespeichert. Ich habe gegen diese Maßnahme keine Einwände. Bitte teilen Sie und Änderungen der obigen Angaben sofort mit. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift Eltern / Erziehungsberechtigte/r

Ernährung und Mundhygiene bei Kinderpatienten

Isst Ihr Kind gerne Süßigkeiten? selten täglich mehrmals täglich

Was trinkt Ihr Kind zum Frühstück?

Tee/ Kaffee mit Zucker Tee/ Kaffee ohne Zucker Milch Kakao Fruchtsäfte

Was isst Ihr Kind zum Frühstück?

Brot Butter Müsli Cornflakes Marmelade Schokoaufstrich Käse/Wurst

Was isst Ihr Kind in Schulpausen oder im Kindergarten?

Belegtes Brot Obst Süßigkeiten

Was isst Ihr Kind zum Mittagessen?

.....
Stichpunkte

Wie werden die Zähne geputzt?

Kind putzt selbst Eltern helfen beim Putzen Eltern putzen Kinderzähne

Wann werden die Zähne geputzt?

vor dem Frühstück nach dem Frühstück nach dem Mittagessen direkt vor dem Zubettgehen

Womit werden die Zähne geputzt ?

Zahnbürste elektr. Zahnbürste Munddusche Zahnseide Zwischenraumbürstchen

Welche Zahnpasta wird verwendet?

mit Fluorid ohne Fluorid

.....
Name der Zahnpasta

Anwendung und Häufigkeit von **Fluorid**

von / bis

täglich

wöchentlich

monatlich

<input type="checkbox"/> D- Fluoretten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fluorig-Gel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fluoridierung beim Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Duraphat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fluoridiertes Kochsalz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fluoridierte Mundspülung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?

Mineralwasser Tee Milch Limonade, gezuckert Fruchtsäfte Kakao Cola

Sonstige:

Was isst Ihr Kind zum Abendessen?

.....
Stichpunkte

.....
Stichpunkte zum Getränkekonsum

Was isst Ihr Kind als Zwischenmahlzeiten?

frisches Gemüse Obst Kuchen Chips
 belegtes Brot Süßigkeiten

.....
Sonstige Zwischenmahlzeiten

Bekommt Ihr Kind eine spezielle Diät?

ja nein

.....
Art der speziellen Diät

.....
Grund für spezielle Diät

Trinkverhalten bei Klein- Vorschulkindern

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt?

- gar nicht 3 Monate 6 Monate 1 Jahr länger als 1 Jahr

Trinkgewohnheiten

Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche? ja nein

Was trinkt Ihr Kind aus der Flasche? Wasser Limonade Fruchtsaft Tee ungesüßt
 Tee gesüßt Milch Kakao Früchtetee ungesüßt Früchtetee gesüßt

Zu welchen Zeiten trinkt Ihr Kind aus der Flasche? am Tag in der Nacht
 Tag und Nacht

Wie lange hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken?
 gar nicht 3 Monate 6 Monate 1 Jahr länger als 1 Jahr

Zu welchen Zeiten hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? am Tag in der Nacht
 Tag und Nacht

Trinkt Ihr Kind aus dem Becher? ja nein

Was trinkt Ihr Kind aus dem Becher? Wasser Limonade Fruchtsaft Tee ungesüßt
 Tee gesüßt Milch Kakao Früchtetee ungesüßt Früchtetee gesüßt

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Angaben zur Person und die Behandlungsdaten werden in unserer Praxis per EDV gespeichert. Ich habe gegen diese Maßnahme keine Einwände. Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigter

Hintergrundinformationen können uns häufig helfen, einfacher eine engere Beziehung zu Ihrem Kind aufzubauen. Vielleicht haben Sie Lust, uns zu unterstützen? Füllen Sie einfach die nachfolgenden Zeilen aus.

.....
Lieblingskuscheltier und dessen Name

.....
Lieblingsspielzeug, -sport

.....
Lieblingsspielzeug

.....
Lieblingsfarbe

.....
Lieblingssessen oder –getränk

.....
Das mag mein Kind nicht