

Prophylaxe Fragebogen für das 1.-6. Lebensjahr

Bitte sorgfältig ausfüllen!

Wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate risikoarme Behandlung. Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen.

Alter des Kindes (Monate): _____

Muttersprache: _____

Allgemeines (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Ja	Nein
Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? Bei welchem Arzt? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet es an Allergien z. B. Jod, Asthma oder Heuschnupfen? Welche Allergien: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verträgt Ihr Kind Latex (z. B. Luftballons, Gummihandschuhe)? Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte Ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle? Hat Ihr Kind Zuckerkrankheit (Diabetes) oder Schilddrüsenerkrankungen? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)? Leidet es an Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis, HIV, TBC)? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Angaben

Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? Wenn ja, wann: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> 1x täglich	<input type="checkbox"/> 2-3 x täglich
Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?	<input type="checkbox"/> gar keine	<input type="checkbox"/> fluoridfreie	<input type="checkbox"/> Kinderzahnpasta (500 ppm Fluorid)	<input type="checkbox"/> Erwachsenenzahnpasta (über 1000 ppm Fluorid)
Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind?	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> Eltern und Kind	
Wann putzen Sie Ihrem Kind die Zähne regelmäßig?	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	
	<input type="checkbox"/> vor den Mahlzeiten	<input type="checkbox"/> nach den Mahlzeiten		
Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/> Handzahnbürste	<input type="checkbox"/> Fingerhut-Zahnbürste / Fingerling		
	<input type="checkbox"/> elektrische Zahnbürste			

Prophylaxe Fragebogen für das 1.-6. Lebensjahr

	Ja	Nein	
Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wird/wurde Ihr Kind gestillt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Geben Sie Ihrem Kind bereits zusätzlich Wasser oder andere Getränke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Welche Getränke: _____			

Wenn ja, woraus?

<input type="checkbox"/> Tasse mit Trinkaufsatz
<input type="checkbox"/> Tasse ohne Trinkaufsatz

Bekommt Ihr Kind nachts (von 20 Uhr - 8 Uhr) etwas zu trinken?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wenn ja: wie? Brust Nuckelflasche Tasse mit Trinkaufsatz Tasse ohne Trinkaufsatz
 andere: _____

Welches Getränk ist am häufigsten in der Nuckelflasche?

<input type="checkbox"/> Wasser	<input type="checkbox"/> ungesüßter Tee	<input type="checkbox"/> gesüßter Tee
<input type="checkbox"/> Apfelsaft	<input type="checkbox"/> Eistee	<input type="checkbox"/> anderes: _____

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

Es schnullert / lutscht am Daumen:

<input type="checkbox"/> häufig zur Beruhigung	<input type="checkbox"/> tagsüber, wenn es müde ist
<input type="checkbox"/> immer zum Einschlafen	<input type="checkbox"/> nachts

	Ja	Nein
Können Sie den Schnuller / den Daumen nach dem Einschlafen herausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann? _____ Aus welchem Grund? _____		

Für welche Beschäftigungen hat Ihr Kind eine besondere Vorliebe? (Spiele, Sport, Bücher) _____

Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder in der Klinik? _____

Persönliche Angaben

Damit wir eine optimal auf die Bedürfnisse Ihres Kindes zugeschnittene Behandlung planen können, würde es uns sehr helfen, etwas über Ihr persönliches Verhältnis zu einer zahnärztlichen Behandlung zu erfahren.

In welchem Verhältnis stehen Sie zum Kind? (z. B. Mutter des Kindes): _____

	Ja	Nein
Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarztbesuch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen Sie regelmäßig zur Kontroll- / Vorsorgeuntersuchung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lassen Sie sich nur behandeln, wenn Sie Zahnschmerzen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie selbst schon an einem Prophylaxe-Programm teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>