DR. HACHMEISTER
Für mein schönstes Lachen

Um den Ablauf des ersten Beratungstermins zu erleichtern, brauchen wir hier Informationen über die Ernährungs- und Zahnpflegegewohnheiten Ihres Kindes.

Bitte tragen Sie alles ein, was von Ihrem Kind über den Tag in der Regel gegessen und getrunken wird.

Uhrzeit	Speisen und Getränke
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
Nacht	

Bevorzugte Nahrungsmittel (auch Getränke!) sind:

Abgelehnte Nahrungsmittel sind:

Das Kind trinkt aus
☐ Becher/Tasse/Glas
☐ Flasche
Flaschentrinken bis zum Alter von ___ Jahren

Das Kind
☐ wird gestillt
☐ wurde gestillt bis zum Alter von____Monaten
☐ wurde nicht gestillt

Eine Tablettenfluoridierung (Fluoretten)
☐ wird durchgeführt Dosierung: _____mg
☐ wurde durchgeführt bis zum Alter von_____Jahren
☐ wurde nicht durchgeführt

Der erste Milchzahn brach durch mit _____Monaten
Traten Probleme beim Zahnen auf?
☐ ja ☐ nein

Sind Lutschgewohnheiten vorhanden?
☐ nein
☐ Daumen/Finger
☐ Schnuller

Werden die Zähne des Kindes geputzt?
☐ bisher noch nicht erfolgt
☐ nicht regelmäßig jeden Tag
☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x täglich und mehr
☐ mit Zahnpasta Marke _____
☐ ohne Zahnpasta

Die Zahnreinigung erfolgt durch
☐ das Kind
☐ Erwachsene

Das Kind reagiert bei der Zahnreinigung
☐ bereitwillig
☐ mit Widerstand
☐ wechselnd

Sind bei Ihnen oder Ihrer Familie und den betreuenden Personen des Kindes starke Probleme hinsichtlich der Zähne vorhanden?
☐ ja, und zwar _____
☐ nein, nichts bekannt