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 gemeinsam mit Ihrem Kind ein, was es am Tag in der Regel isst oder trinkt.

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:

Waren Sie mit Ihrem Kind bereits regelmäßig beim Zahnarzt?
☐ ja ☐ nein

Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit Ihrem Kind beim Zahnarzt gemacht?

Wurde schon einmal eine Zahnpflege- und Ernährungsberatung durchgeführt ?
☐ ja ☐ nein

Ist Ihr Kind bereits bei einem Kieferorthopäden (wegen einer Zahnspange) vorgestellt worden?
☐ ja ☐ nein

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

Putzt das Kind die Zähne
☐ nicht regelmäßig jeden Tag
☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x täglich und mehr

Putzt ein Erwachsener nach?
☐ ja
☐ nein

Putzt Ihr Kind die Zähne
☐ bereitwillig
☐ mit Widerstand
☐ wechselnd

Welche Produkte werden zur Mundhygiene verwendet?
(Zahnbürste, -pasta, -spezielle Spülungen o.ä., Zahnseide,.....?)

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