



## Fragebogen für Kinder von 0-5 Jahre

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

**Bitte fragen 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  mit Zahnpasta Marke \_\_\_\_\_  
 nicht regelmäßig jeden Tag  ohne Zahnpasta  
 1x  2x  3x täglich und mehr
- 

**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