Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis
MARKUS TISCHLER & KERSTIN TISCHLER

Gesundheitsbogen

Liebe Eltern,

Ihr Kind wird in unserer präventionsorientierten Praxis in ein sogenanntes Vier-Säulen-Programm eingebunden.

Zahngesunde Ernährung	**Häusliche Zahnpflege**	**Schmelzhärtung durch Fluoridierung**	**2-4 Zahnarztbesuche pro Jahr**

Dieses Programm hat das Ziel, Zahnschäden durch Karies schon vorbeugend zu vermeiden!!
Für eine ganzheitliche Abstimmung benötigen wir aber Ihre Mithilfe.
Bitte beantworten Sie uns daher folgende Fragen:

Name, Vorname d. **Kindes**_____ Geb.Datum:_____

Anschrift_____
Versichert durch(**ELTERN/ERZIEHUNGSBER.**)

Name_____Vorname_____Geb.Datum:_____

Adresse(falls oben abweichend):_____
Telefon_____ Mobilnummer_____

E-mail_____
Krankenkasse/Versicherung
d.Kindes_____
Krankenkasse Eltern (falls oben abweichend):_____

Für PKV Versicherte: Habe Sie einen Basistarif????? Ja nein

Kinderarzt/Hausarzt/Spezialist:_____

Was ist der Anlass für Ihren jetzigen Zahnarztbesuch?_____

Empfohlen durch _____

Welche Allgemeinerkrankungen sind bei Ihrem Kind bekannt?_____
_____
_____

Hat Ihr Kind einen Allergiepass ▫ Herzpass ▫ Bluterpass ▫ o.ä.? _____

Hat sich Ihr Kind schon einmal an den Zähnen und/oder im Kopfbereich verletzt?
▫ Ja, Wann/ Wo_____ ▫ Nein

Bis zu welchem Alter wurde/wird Ihr Kind gestillt?_____
Bis zu welchem Alter trank/trinkt ihr Kind aus einer Nuckelflasche? _____
Was war am häufigsten in der Flasche?_____
Seit welchem Alter trinkt ihr Kind aus der Tasse?_____

Hat ihr Kind folgende Angewohnheiten? ▫ Schnuller ▫ Lippen/Wangensaugen
▫ Daumen lutschen ▫ Andere:_____

Wie verliefen bisherige Zahnarztbesuche? ▫ gut ▫ schwierig

BITTE WENDEN

Wer putzt die Zähne bei ihrem Kind? ▫ Eltern ▫ Kind

Wie oft werden die Zähne geputzt? ▫ gar nicht ▫ gelegentlich ▫ 1x tägl. ▫ 2-3xtägl.

Wann werden die Zähne geputzt? ▫ morgens ▫ mittags ▫ abends

▫ vor dem Frühstück ▫ nach den Mahlzeiten

Womit werden die Zähne geputzt ▫ Handzahnbürste ▫ Elektrische Zahnbürste
Mit ▫ Erwachsenenzahnpasta ▫ fluoridfreie Zahnpasta ▫ Kinderzahnpasta

Verwenden sie 1x wöchentlich Elmex Gelee ▫ ja ▫ nein
Benutzt Ihr Kind Zahnseide? ▫ ja ▫ nein

Hat ihr Kind Fluoridtabletten bekommen (Fluoretten) ▫ -2Lj. ▫ bis jetzt ▫ nein

Nutzen sie fluoridiertes Speisesalz im Haushalt ▫ ja ▫ nein
Trinkt Ihr Kind Mineralwasser ▫ nein ▫ ja, Handelsname_____

Welche Produkte bekommt ihr Kind wie häufig? (bitte ankreuzen)

	selten	1x wöchentl	1-2xtägl	3-6xtägl.	>6xtägl.	nachts
Wasser						
Ungesüßter Tee						
Baby-Tee(Granulat)						
Milch						
gesüßter Tee						
Kakao/Erdbeermilch						
Säfte/Eistee/Limo						
Schorlen						
Gummibärchen o.ä.						
Milchschnitte						
Pudding						
Fruchtjoghurt						
Marmelade/Nutella						
Bonbons/Lutscher						
Trockenobst						
Eis						
Schokolade						
Kuchen/Gebäck						
Chips						
Sonstiges						

Vielen Dank für Ihre Zeit

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigter