

Ernährung / Essgewohnheiten

Süß Obst gemischt Fastfood Fruchtsäfte Tee gesüßt ungesüßt

Zahnmedizinische Anamnese

Erster Besuch beim Zahnarzt ? Ja Nein

Hat Ihr Kind Angst? Ja Nein

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten Ja Nein Daumen/ Finger Schnuller

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine Ja Nein Handzahnbürste elektr. Zahnbürste

Wie oft?

Kieferorthopädische Behandlung: Ja Nein

Bei wem?

Hat Ihr Kind Beschwerden? Ja Nein

Welche?

Sollten wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten?



Dürfen wir Ihr Kind an die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen erinnern? Ja Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden:

Eigene Fragen / Wünsche:

Vielen Dank für Ihre Bemühungen, bitte teilen Sie uns rechtzeitig mit, wenn sich etwas ändert!

Datum und Unterschrift Erziehungsberechtigten