







## ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN UND FLUORIDANAMNESE

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne?

! manchmal ! 1x täglich ! 2-3x täglich

Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind?

! Eltern ! Kind ! Eltern und Kind

Wird mit fluoridhaltiger Zahnpasta geputzt?

! ja ! nein

Hat Ihr Kind Fluoridtabletten eingenommen bzw. nimmt diese?

! ja ! nein

Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz?

! ja ! nein

Wird/wurde Ihr Kind gestillt?

! ja ! nein

Benutzt Ihr Kind noch Daumen oder Schnuller zum Lutschen?

! ja ! nein

Isst Ihr Kind viel Süßes?

! ja ! nein

Welche Getränke bevorzugt Ihr Kind (z.B. Wasser, ungesüßter Tee, Saft, Schorle) \_\_\_\_\_

Woraus trinkt Ihr Kind vorzugsweise? ! Glas/Becher ! Tasse/Becher mit Trinkaufsatz  
! Nuckelflasche

## ERINNERUNGSSERVICE

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an die  
Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes erinnert werden?

! ja ! nein

## HINWEIS

Nutzen Sie die Angebote Ihrer Krankenversicherung für die regelmäßige Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und ab dem 6. Geburtstag die halbjährliche Individualprophylaxe. ! Sollten wir zusätzliche Therapiemaßnahmen für sinnvoll erachten, werden wir Sie darüber informieren.

Wir möchten Sie bitten Termine, welche von Ihnen nicht wahrgenommen werden können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Wir freuen uns darauf Sie und Ihr/e Kind/er kennenzulernen.  
Ihr Praxisteam Dr. Bomas

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r