

Vor- und Nachname des Kindes: _____

Ernährung und Mundhygiene bei Kinderpatienten

1. Isst ihr Kind gerne Süßigkeiten?

- Ja
- nein

Wenn ja, wie oft?

- Selten
- 1x pro Tag
- mehrmals täglich

2. Was trinkt Ihr Kind zum Frühstück?

- Tee/Kaffee mit Zucker
- Tee/Kaffee ohne Zucker
- Milch
- Kakao
- Fruchtsaft
- Wasser

3. Was isst ihr Kind zum Frühstück?

- Brot
- Butter
- Marmelade
- Nutella
- Käse, Wurst
- Müsli
- Cornflakes

4. Was isst ihr Kind in den Schulpausen?

- Belegtes Brot
- Obst
- Süßigkeiten

5. Was isst ihr Kind zum Mittagessen? (kurze Stichpunkte)

Zahnpflege

6. Die Zähne werden geputzt:

- Vom Kind selbst?
- Mit Hilfe der Eltern?
- Von den Eltern?

7. Wann werden die Zähne geputzt?

- Vor dem Frühstück
- Nach dem Frühstück
- Nach dem Mittagessen
- Sofort nach dem Abendessen
- Vor dem Zu-Bett-Gehen

8. Womit werden die Zähne gereinigt?

- Hand-Zahnbürste
- Elektr. Zahnbürste
- Zahnseide
- Zahnzwischenraumbürstchen
- Sonstiges

9. Benutzt ihr Kind eine fluoridhaltige Zahnpasta?

- Ja
- nein

Wenn ja, welche?

Flouride

Benutzt ihr Kind...

- Vitamin-D-Fluorid-Tabletten
- Fluorid-Tabletten
- Fluorid-Gel (z.B. Elmex-Gelee)
- Fluoridierung beim ZA
- Fluorid-Lack
- Fluoridiertes Speisesalz

Was trinkt ihr Kind im Tagesverlauf?

- Wasser
- Limonade, gezuckert
- Tee
- Milch
- Kakao
- Fruchtsäfte
- Cola
- Sonstiges:

Was isst ihr Kind zum Abendessen?

Was isst ihr Kind als Zwischenmahlzeit?

- Kuchen
- Süßigkeiten
- Obst
- Chips, Salzstangen
- Belegtes Brot

Trinkverhalten (bei Klein- und Vorschulkindern)

Wie lange wurde ihr Kind gestillt?

Trinkt ihr Kind aus der Flasche?

Trinkt ihr Kind aus dem Becher?

Hat ihr Kind den Schnuller genommen?

Wenn ja, bis zu welchem Alter?