

Ernährungsfragebogen für Schulkinder

Was trinkt Ihr Kind zu den Mahlzeiten und im Tagesverlauf?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Leitungswasser | <input type="checkbox"/> Mineralwasser | <input type="checkbox"/> Aromatisiertes Wasser |
| <input type="checkbox"/> Fruchtsaft | <input type="checkbox"/> Fruchtsaftschorle | |
| <input type="checkbox"/> Gesüßten Tee | <input type="checkbox"/> Ungesüßten Tee | <input type="checkbox"/> Eistee Instanttee |
| <input type="checkbox"/> Cola | <input type="checkbox"/> Limonade | <input type="checkbox"/> Sportgetränk (Isotonische Getränke) |
| <input type="checkbox"/> Milch | <input type="checkbox"/> Kakao | |

Wie viele Zwischenmahlzeiten isst Ihr Kind am Tag?

Ungefähr am Tag

Was isst Ihr Kind üblicherweise als Zwischenmahlzeit?

- | | | | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------------------|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Obst | <input type="checkbox"/> Gemüse | <input type="checkbox"/> Kaugummi | <input type="checkbox"/> Joghurt | <input type="checkbox"/> Belegtes Brot | <input type="checkbox"/> Reiswaffeln |
| <input type="checkbox"/> Brezeln | <input type="checkbox"/> Kekse | <input type="checkbox"/> Kuchen | <input type="checkbox"/> Chips | <input type="checkbox"/> Salzstangen | <input type="checkbox"/> Fruchtschnitten |
| <input type="checkbox"/> Müsliriegel | <input type="checkbox"/> Süßigkeiten (auch z.B. Milchschnitte, Balisto, Knoppers, usw.) | | | | |

Zahnputzgewohnheiten

Wer putzt die Zähne bei ihrem Kind?

- Kind Eltern Eltern putzen nach

Wie oft werden die Zähne geputzt?

- Gar nicht Gelegentlich 1x tgl. 2-3x tgl.

Wann werden die Zähne regelmäßig geputzt?

- Morgens Mittags Abends
 vor den Mahlzeiten nach den Mahlzeiten

Womit werden die Zähne geputzt?

- Handzahnbürste Elektrische Zahnbürste

- Kinderzahnpaste mit Fluorid Fluoridfreie Zahnpaste Junior-ZP Erwachsenen-ZP

Verwenden sie 1x wöchentlich Elmex Gelee?

- Ja Nein

Hat Ihr Kind Fluoridtabletten bekommen?

- ~1 Jahr ~2 Jahre Bis jetzt Nein

Nutzen sie fluoridiertes Speisesalz im Haushalt?

- Ja Nein

Hat Ihr Kind folgende Angewohnheiten?

- Schnuller Lippen/Wangen saugen
 Daumen lutschen Andere: _____

Wie verliefen bisherige Zahnarztbesuche?

- gut mittel schwierig

Wie schätzen Sie die Behandlungsmöglichkeit ein ?

- gut mittel schwierig