

Ernährungsfragebogen für Klein- und Vorschulkinder

Bis zu welchem Alter wurde/wird ihr Kind gestillt? _____ Bis jetzt

Wie häufig wurde/wird ihr Kind innerhalb von 24 Stunden gestillt? _____

Bis zu welchem Alter trank/trinkt ihr Kind aus einer Nuckelflasche? _____ Bis jetzt
Was war am Häufigsten in der Flasche? _____

Bis zu welchem Alter trank/trinkt ihr Kind aus einem Trinklernbecher? _____ Bis jetzt

Bis zu welchem Alter trank/trinkt ihr Kind aus einer Trinkflasche? _____ Bis jetzt

Seit welchem Alter trinkt ihr Kind aus der Tasse? _____

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

	Selten	1x wöchl.	1-2x täglich	3-6x täglich	>6x täglich	Nachts
Wasser						
Ungesüßter Tee						
Gesüßter Tee						
Baby-Tee (Granulat)						
Milch						
Kakao-/Erdbeermilch						
Säfte, Eistee, Limonade						
Verdünnte Säfte, Schorle						
Gummibärchen						
Milchschnitte o.ä. Snacks						
Pudding						
Fruchtjoghurt						
Marmelade, Nuss-Nougat-Creme						
Bonbons, Lutscher						
Trockenobst						
Eis						
Schokolade						
Kekse, Kuchen, Gebäck						
Chips						
Sonstiges?						

Wer putzt die Zähne bei ihrem Kind? Eltern Kind

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? Kinderzahnpaste mit Fluorid Handzahnbürste Elektrische Zahnbürste Fluoridfreie Zahnpaste 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