Poštovani roditelji,

molimo Vas da svojim odgovorima i mišljenjima pomognete u stvaranju kvalitetnijeg programa u očuvanja oralnog zdravlja Vašeg djeteta.

Molimo Vas da ispunite anketni upitnik.

Dob djeteta:

**1. Koliko ste upoznati s programom nadziranog četkanja zubi u vrtiću/školi Vašeg djeteta?**

 u velikoj mjeri djelomično smo upoznati ne poznajemo program nadziranog četkanja zubi

**2. Kako je Vaše dijete reagiralo ili reagira na četkanje zubi u vrtiću/školi?**

 gotovo uvijek radosno i s veseljem često s radošću i veseljem kako kada-ponekad s radošću, ponekad je odbijalo četkanje

Često je odbijalo, bunilo se ili bilo tužno radi četkanja zubi u vrtiću/školi govoreći:



Gotovo uvijek je odbijalo, protestiralo ili bilo tužno radi četkanja zubi u vrtiću/školi govoreći:



**3. Da li vidite promjene kod Vašeg djeteta tijekom/na kraju programa nadziranog četkanja zubi krajem pedagoške godine (dijete je više zainteresirano za četkanje zubi kod kuće)?**

DA NE 

**4. Kako prihvaćate četkanje zubi bez ispiranja zubne paste?**

Da prihvaćamo jer 


Djelomično prihvaćamo jer 


Ne, ne prihvaćamo zbog 


**5. Koliko ste informirani o oralnoj higijeni i prevenciji karijesa kod djece?**

 u velikoj mjeri djelomično smo informirani  nismo informirani

**6. Da li ste zainteresirani za održavanje edukativnih radionica za roditelje?**

DA NE 

**7. Jeste li zadovoljni kvalitetom prehrane u vrtiću?**Da zadovoljni smo jer 


Djelomično smo zadovoljni jer 


Ne, nismo zadovoljni zbog 


**8. Jeste li zadovoljni usvajanjem ostalih higijenskih navika Vašeg djeteta u vrtiću/školi?**

 zadovoljni smo uglavnom smo zadovoljni nezadovoljni smo

1. **Je li Vaše dijete ikad posjetilo stomatologa (doktora dentalne medicine)?**

DA NE 

1. **Ide li Vaše dijete redovito kod stomatologa (doktora dentalne medicine)?**

DA NE 

1. **Odlazi li Vaše dijete stomatologu (doktoru dentalne medicine) samo zbog bolova?**

DA NE 

1. **Je li Vaše dijete ikad imalo bolove zbog karijesa?**

DA NE 

1. **Ima li Vaše dijete pokvarene zube?**

DA NE 

1. **Ima li Vaše dijete sanirane zube?**

DA NE 

1. **Je li Vaše dijete ikad doživjelo dentalnu traumu?**

DA NE 

1. **Boji li se Vaše dijete stomatologa (doktora dentalne medicine) i stomatološkog zahvata?**

DA NE 

1. **Konzumira li Vaše dijete više od 5 obroka dnevno?**

DA NE 

1. **Jede li Vaše dijete slatkiše i grickalice svaki dan?**

DA NE 

1. **Pije li Vaše dijete zaslađene napitke svaki dan?**

DA NE 

1. **Pere li Vaše dijete zube uz pomoć roditelja?**

DA NE 

1. **Koristi li Vaše dijete zubnu pastu s dodatkom fluora?**

DA NE 

1. **Koristi li Vaše dijete još neki pripravak za prevenciju karijesa?**

DA NE 