

Liebe Patientinnen, lieber Patient!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen. Die Erhebung hilft uns, Sie gezielter betreuen und beraten zu können. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____

Wie oft reinigen Sie Ihre Zähne?

- 3x tägl. 2x tägl. 1x tägl. seltener

Verwenden Sie eine:

- Handzahnbürste elektrische Zahnbürste

Welche Zahnpasta verwenden Sie?

Verwenden Sie Mundspülungen oder Fluoridgelee? ja nein

Reinigen Sie Ihre Zahnzwischenräume?

- täglich mehrmals wöchentlich
 wöchentlich selten nie

Wenn ja, womit? _____

Stehen Sie unter Stress? ja, häufig manchmal nein

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, wie lange schon? _____ Jahre

Haben Sie jemals geraucht? ja nein

Wenn ja, wie lange? _____ Jahre

Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen oder beim Essen harter Nahrung? ja nein

Fühlt sich Ihr Zahnfleisch geschwollen oder empfindlich an? ja nein

Hat sich Ihr Zahnfleisch zurückgezogen oder glauben Sie, Ihre Zähne seien scheinbar länger geworden? ja nein

Sind die Zwischenräume zwischen Ihren Zähnen größer geworden? ja nein

Falls Sie eine Teilprothese tragen, hat sich die Passform verändert? ja nein

Haben Sie Probleme mit Mundgeruch? ja nein

Haben Ihre Eltern und (oder) Geschwister Probleme mit dem Zahnfleisch? ja nein

Hat Ihr/e Partner/in Probleme mit dem Zahnfleisch? ja nein

Hatten / haben Sie eine: Kieferregulierung Knirscherschiene

Leiden Sie unter Mundtrockenheit? ja nein

Hatten Sie bereits eine professionelle Zahnreinigung? ja nein

Wenn ja, wie oft im Jahr? _____ wann zuletzt? _____

Die professionelle Zahnreinigung dauerte generell:

- einige Minuten etwa ½ Std. etwa 1 Std. länger
 mehrere Sitzungen

Die professionelle Zahnreinigung umfasste

(mehrere Antworten möglich):

- Zahnpflegeinstruktionen
 Information über die Entstehung von Zahnerkrankungen
 Entfernung der Zahnbeläge / des Zahnsteins mit Ultraschall
 Zahnpolitur
 Fluoridierung
 Ausmessen der Zahnfleischtaschen
 Tiefenreinigung der Zahnfleischtaschen
 Entfernung der Zahnbeläge (Verfärbungen) mit einem Airflow®-Gerät

Ihre bisherige Erfahrung mit der professionellen Zahnreinigung war:

- positiv negativ neutral

Über welche Reinigungstechniken wurden Sie informiert?

- Ich erhielt keine Information über Zahnpflege
 Zahnputztechnik und Wahl der Zahnbürste
 Interdental- (Zwischenraum) bürsten
 Mundspülungen
 Zahnseide
 Andere Hilfsmittel (bitte angeben): _____

Wurde Ihnen vor einem Spiegel genau gezeigt, wie man die oben genannten Methoden richtig anwendet?

- ja
 keine der oben genannten Methoden wurde mir vorgezeigt
 folgende Methode/n wurde/n vor einem Spiegel gezeigt: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift Patient/in _____

BITTE BRINGEN SIE DIESEN BOGEN ZU IHREM NÄCHSTEN TERMIN MIT!