

Herzlich Willkommen in der Prophylaxe-Abteilung unserer Praxis!

Über diese Befragung möchten wir Ihre Wünsche bezüglich der Zahnprophylaxe-Behandlung sowie Ihre bisherigen Zahnpflegegewohnheiten erfahren.

Dadurch können wir eine bedarfsorientierte Zahnprophylaxe ganz nach Ihren Vorstellungen und Erfordernissen durchführen.

Wann wurde bei Ihnen die letzte Zahnstein-Entfernung vorgenommen? ca. _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt? ja nein

Leiden Sie unter empfindlichen Zahnhälsen? gelegentlich ja nein

Haben Sie auf Ihren Zähnen Farbbelege festgestellt? ja nein

Blutet Ihr Zahnfleisch? gelegentlich ja nein

Haben Sie schon einmal Empfehlungen zur Optimierung Ihrer häuslichen Mundhygienegewohnheiten erhalten? ja nein

Leiden Sie unter Mundtrockenheit? häufig gelegentlich nein

Leiden Sie an Mundgeruch? häufig gelegentlich nein

Haben Sie Verfärbungen einzelner Zähne festgestellt? ja nein

Möchten Sie generell eine Aufhellung Ihrer Zähne? ja nein

Wie oft pflegen Sie täglich Ihre Zähne? _____

Benutzen Sie eine manuelle Zahnbürste? nein ja Name _____

Benutzen Sie eine elektrische Zahnbürste? nein ja Name _____

Verwenden Sie Zahnseide? nein tgl. gelegentlich Name _____

Verwenden Sie Interdentalbürstchen? nein tgl. gelegentlich Name _____

Benutzen Sie eine Fluorid-Zahnpaste? ja Name _____ nein

Benutzen Sie zusätzlich noch ein Fluorid-Präparat? nein gelegentlich regelmäßig
 Gelee Spüllösung

Benutzen Sie ein Mundwasser? ja Produkt-Name _____ nein

Trinken Sie regelmäßig Fruchtsäfte? häufig gelegentlich nein

Wie viele zuckerhaltige Zwischenmahlzeiten nehmen Sie tgl. zu sich? keine 1 mal öfter

Trinken Sie zuckerhaltige Getränke? gelegentlich ja nein

Wie oft am Tag essen Sie Süßigkeiten? keine 1 mal öfter