



Prophylaxefragebogen

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

1. Wurde bei Ihnen bis jetzt eine regelmäßige professionelle Zahnreinigung durchgeführt?

ja nein

2. Wurden mit Ihnen Techniken für die häusliche Mundhygiene besprochen und geübt?

ja nein

3. Ist bei Ihnen schon eine "Zahnfleischbehandlung" (PAR-Behandlung) durchgeführt worden?

ja nein

4. Wie schätzen Sie Ihren Mundgesundheitszustand selbst ein?

- sehr robust und widerstandsfähig
- mittel
- anfällig
- weiß nicht
- würde ich so beschreiben

5. Gibt es bei Ihren nächsten Verwandten (Eltern, Geschwister, Kinder) Fälle von frühem Zahnverlust durch Karies oder Parodontose?

ja nein weiß nicht

6. Neigen Ihre Zähne zu Verfärbungen?

stark mittel
 kaum nein

7. Wie oft und wie lange werden Ihre Zähne in etwa gereinigt?

8. Wann putzen Sie Ihre Zähne? (mehrere Antworten möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> vor dem Frühstück | <input type="checkbox"/> vor dem Abendessen |
| <input type="checkbox"/> nach dem Frühstück | <input type="checkbox"/> nach dem Abendessen |
| <input type="checkbox"/> vor dem Mittagessen | <input type="checkbox"/> vor dem Schlafengehen |
| <input type="checkbox"/> nach dem Mittagessen | <input type="checkbox"/> immer mal zwischendurch |
| <input type="checkbox"/> keine festen Zeiten | |

9. Welche Zahnpasta verwenden Sie?

10. Welche Zahnbürste benutzen Sie?

11. Reinigen Sie Ihre Zahnzwischenräume

ja nein

wenn ja, mit welchen Hilfsmitteln und wie oft?

12. Verwenden Sie Mundspüllösungen, Gelees oder andere Mundhygienehilfsmittel?

ja nein

wenn ja, welche?

13. Haben Sie Mundgeruch, ohne daß es dafür eine offensichtliche Ursache gibt (Knoblauch, Nicotin, Zwiebeln, Alkohol etc)?

ja oft
 gelegentlich
 nein
 weiß nicht

14. Rauchen Sie?

ja nein

15. Welche Getränke konsumieren Sie regelmäßig? (mehrere Antworten möglich)

<input type="checkbox"/> Wasser ohne Kohlensäure	<input type="checkbox"/> Bier
<input type="checkbox"/> Wasser mit Kohlensäure	<input type="checkbox"/> Weißwein
<input type="checkbox"/> Tee	<input type="checkbox"/> Rotwein
<input type="checkbox"/> Kaffee	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Säfte/Limonaden	

16. Was gehört zu Ihren regelmäßigen Mahlzeiten?

17. Essen Sie zwischen den Hauptmahlzeiten?

ja nein

wenn ja, was und wie oft?

18. Kauen Sie Kaugummis?

ja nein

wenn ja, welche und wie oft?

19. Welches Speisesalz verwenden Sie zum Kochen?

Datum, Unterschrift