



### **Fragebogen Professionelle Zahnreinigung**

Im Rahmen der Prophylaxe-Behandlung ist es uns wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Das Praxisteam bittet Sie daher, nachfolgende Fragen zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen.

Die Leistung umfasst das Entfernen der sichtbaren Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen. Dies ist eine Privatleistung und wird mit der Gebührensnummer der GOZ 1040 abgerechnet.

Name	Vorname	geb.
Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig
Ist Ihr Zahnfleisch zurückgegangen oder erscheinen Ihnen ihre Zähne länger?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Mundgeruch?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Zahnpfindlichkeiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tragen Sie Implantate oder künstliche Gelenke im Körper?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Benutzen Sie eine manuelle Zahnbürste?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Benutzen Sie eine elektrische bzw. Ultraschall- Zahnbürste?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Benutzen Sie Zahnpasta? Welche? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Benutzen Sie Zahnseide oder Interdentalbürsten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Benutzen Sie eine Mundspüllösung? Welche? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Allergien? Welche? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten