



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 supragingivalen/gingivalen 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 gelegentlich 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 Herpes? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Haben Sie belegten Hals oder Halsschmerzen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Haben Sie Kiefergelenkschmerzen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Knirschen Sie? <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		
Verwenden Sie 1x wöchentlich Elmex-Gel oder Sensodyne-Gel? <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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche? _____		
Liegen Erkrankungen vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche? _____		
Leiden Sie unter starkem Stress oder einer psychischen Erkrankung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Haben Sie Allergien? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche? _____		

Datum

Unterschrift des Patienten