



## Individueller Mundgesundheitsfragebogen

### Allgemeine Mund-Zahn-Situation

- Was ist Ihnen für Ihre Zähne wichtig?  Schönheit  
 Gesundheit  
 Status Quo erhalten
- Können Sie Zahnersatz zum Herausnehmen tolerieren? ja / nein  
Knirschen/Pressen Sie mit ihren Zähnen? ja / nein  
Haben Sie morgens Kopfschmerzen? ja / nein  
Sind Sie mit Ihrer Frontzahnstellung zufrieden? ja / nein  
Haben Sie empfindliche Zähne? ja / nein  
Rauchen Sie?  Zigaretten tägl. / nein  
Sind Ihnen schöne Zähne wichtig? ja / nein  
Schnarchen Sie? ja / nein  
Sind Sie mit Ihrer Zahnsituation allgemein zufrieden? ja / nein  
Sind Ihre Zähne gelockert? ja / nein  
Sind Sie mit der Zahnfarbe Ihrer Zähne/ Ihres Zahnersatzes zufrieden? ja / nein

### Mundhygiene

- Wie oft und wie lange putzen Sie täglich Ihre Zähne?  x tägl. / je  min
- Welche Zahnbürste benutzen Sie dabei?
- Welche Bürstenbewegung bevorzugen Sie?  schrubbend  
 kreisend
- Reinigen Sie die Zahnzwischenräume? ja / nein  
wenn ja, womit?
- Blutet das Zahnfleisch nach dem Zähneputzen? ja / nein  
Besteht regelmäßig Mundgeruch? ja / nein  
Haben Sie schon in der Vergangenheit eine Professionelle Zahnreinigung (PZR) durchführen lassen? ja / nein  
Wenn nicht, wissen Sie was eine Professionelle Zahnreinigung beinhaltet? ja / nein  
Wünschen Sie einen Erinnerungsservice für Ihre Termine (Recall)? ja / nein  
wenn ja, wie?  Telefon  
 Postkarte  
 Email

Welche Musikrichtung wünschen Sie während Ihrer Behandlungszeit?

- Entspannungsmusik  Pop  Klassik  Charts  Rock  Keine