



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