

prophy-anamnese

Was Ihre Prophylaxe-Assistentin von Ihnen wissen sollte

Eine professionelle Prophylaxe ist ein wichtiger Teil der gesamten zahnärztlichen Behandlung.

Die Prophylaxesitzung dient nicht nur der Behandlung von bestehenden Erkrankungen, sondern vor allem auch der Vorbeugung.

Damit Sie die Prophylaxe-Assistentin korrekt, und speziell auf Ihre Problembereiche zugeschnitten, beraten und behandeln kann, bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person und zu Ihren häuslichen Mundhygienegewohnheiten. Sie helfen damit, den Ablauf der Prophylaxesitzung komplikationslos und für Ihre Zahngesundheit maximal erfolgreich zu gestalten.

Vor-/Zuname: Geburtsdatum:

PLZ/Ort: Adresse:

Wurde bei Ihnen schon einmal eine professionelle Mundhygiene durchgeführt? ja nein weiß nicht

Wurde bei Ihnen schon einmal ein Speicheltest durchgeführt? ja nein weiß nicht

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Keimbestimmung im Mund durchgeführt? ja nein weiß nicht

Wie oft reinigen Sie täglich Ihre Zähne? 1 x 2 x 3 x öfter

Putzen Sie Ihre Zähne vor oder nach dem Essen? vorher nachher

Putzen Sie mit einer elektrischen Zahnbürste? ja nein

Wenn ja, mit welchem Bürstenaufsatz? weich mittel hart

Wenn nein, mit welcher Zahnbürste putzen Sie?

Welche Zahnpaste verwenden Sie zurzeit?

Verwenden Sie eine Mundspüllösung? ja nein

Wenn ja, welche?

Führen Sie regelmäßig eine Zahnzwischenraum-Reinigung durch? ja nein

Wenn ja, wie oft pro Tag und womit? x pro Tag mit

Verwenden Sie eine Munddusche? ja nein

Haben sie häufig Mundgeruch? ja nein

Haben Sie öfters eine belegte Zunge? ja nein

Weist Ihre Zunge rissförmige Vertiefungen auf? ja nein

Bemerken Sie in Ihrem Gebiss eine Lockerung von einem oder mehreren Zähnen? ja nein

Haben Sie öfter Zahnfleischbluten? ja nein

Leiden Sie an kälteempfindlichen Zähnen? ja nein

Neigen Sie zu Zahnverfärbungen bzw. dunklen Belägen? ja nein

Haben Ihre Eltern frühzeitig Zähne verloren? ja nein

Leidet jemand aus Ihrer Familie an einer Parodontalerkrankung (z.B. Zahnfleiscentzündung)? ja nein

Sind Sie Raucher? ja nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag?

Kauen Sie häufig Kaugummi? ja nein

Wenn ja, wie oft? weniger als 1x pro Tag häufiger als 1x pro Tag

Welchen Kaugummi bevorzugen Sie dabei?

Ein Service von:



prophy-anamnese

Ernähren Sie sich vegetarisch?

ja nein

Wie häufig trinken Sie folgende Getränke?

Kaffee gelegentlich häufig täglich mehrmals täglich
Schwarztee gelegentlich häufig täglich mehrmals täglich
Grüntee gelegentlich häufig täglich mehrmals täglich
Rotwein gelegentlich häufig täglich mehrmals täglich
dunkle/rote Fruchtsäfte gelegentlich häufig täglich mehrmals täglich

Wie oft nehmen Sie Nahrung zu sich?

1x 2 x 3 x 5 x öfters pro Tag

Wie oft naschen Sie?

gelegentlich häufig täglich mehrmals täglich

Besteht Ihre Nahrung hauptsächlich aus Weißmehl und Weißzucker?

ja nein weiß nicht

Wie oft trinken Sie zuckerhaltige oder saure Getränke?

Limonade, Cola, Red Bull gelegentlich häufig täglich mehrmals täglich
Orangen-, Zitronen-, Grapefruitsaft gelegentlich häufig täglich mehrmals täglich

Gibt es Gründe, warum sie keine alkoholischen Getränke zu sich nehmen dürfen / wollen?

ja nein

Wenn ja, welche?

Wie viel Flüssigkeit trinken Sie täglich?

weniger als 1 Liter 1 bis 2 Liter mehr als 2 Liter

Haben Sie als Kind jemals Fluoridtabletten bekommen?

ja nein weiß nicht

Wenn ja, wie oft?

gelegentlich regelmäßig in der Volksschule regelmäßig über einen längeren Zeitraum

Wenden Sie derzeit eine der folgenden Fluoridierungsarten an?

fluoridiertes Speisesalz fluoridhaltige Zahnpaste
 fluoridhaltige Spülung

Leiden Sie an einer Fluorid-Allergie?

ja nein

Haben Sie bei anderen, bisher verwendeten Mundhygieneartikeln eine Unverträglichkeit bemerkt?

ja nein

Wenn ja, bei welchen?

Erkrankungen des Zahnhalteapparates sind nicht immer nur Ursache einer mangelnden oder falschen Mundhygiene, sondern können auch durch Erkrankungen des Körpers und der Seele sowie durch Stress ausgelöst bzw. verstärkt werden. Aus diesem Grund benötigen wir auch Angaben zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Bei Antworten die Sie mit „ja“ ankreuzen, geben Sie bitte an um welche Erkrankung es sich handelt und welche Medikamente sie dagegen regelmäßig einnehmen müssen.

Hoher Blutdruck

ja nein

Niedriger Blutdruck

ja nein

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

ja nein

Rheumatische Erkrankung

ja nein

Diabetes

ja nein

Epilepsie

ja nein

Sind Sie HIV-positiv?

ja nein

Haben Sie Hepatitis C?

ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, die die Blutgerinnung herabsetzen (z.B. Marcumar® oder ThromboASS®)?

ja nein

Sind Sie schwanger?

ja nein

Sind Sie generell sehr schmerzempfindlich?

ja nein

Wir bedanken uns, dass Sie sich Zeit für die Beantwortung der Fragen genommen haben. Noch ein Bitte zum Schluss: Sollten Sie einen für Sie persönlich reservierten Termin nicht einhalten können, würden wir Sie ersuchen diesen zeitgerecht abzusagen!



.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift