



## Anamnesebogen zur Prophylaxeerfahrung

### Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihre Prophylaxeerfahrung. Daher bitten wir Sie, diesen speziellen Fragebogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz und der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliche Angaben

Name / Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: m w

#### Ich benutze zur täglichen Zahnreinigung:

- Handzahnbürste
- Elektrische Zahnbürste
- Zahnseide / -sticks
- Mundspüllösungen
- Zwischenraumbürsten / Interdentalkeile
- Fluoridgel
- Zahnpasta, Marke: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? ja nein  
Haben Sie jemals geraucht? ja nein

Hat sich Ihr Zahnfleisch zurückgezogen, oder haben Sie das Gefühl Ihre Zähne seien scheinbar länger geworden?  
ja nein

Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz?  
ja nein

Hat sich die Passform Ihrer Prothese verändert?  
ja nein

Haben Ihre Eltern und / oder Geschwister Probleme mit dem Zahnfleisch?  
ja nein

Leiden Sie unter Mundtrockenheit? ja nein

Hatten Sie bereits eine prof. Zahnreinigung? ja nein

#### Die prof. Zahnreinigung umfasste:

- Zahnpflegeinstruktionen
- Aufklärung über Zahnerkrankungen
- Entfernung der Zahnbeläge
- Entfernung der Zahnbeläge mit Airflow®-Gerät
- Entfernung des Zahnsteins mit Ultraschall
- Zahnpolitur
- Fluoridierung
- Ausmessen der Zahnfleischtaschen
- Tiefenreinigung der Zahnfleischtaschen

#### Ich putze meine Zähne am Tag:

- \_\_ mal am Tag
- unregelmäßig

#### Stehen Sie unter Stress?

- ja
- manchmal
- nein

Haben Sie Zahnfleischbluten? ja nein

Ist Ihr Zahnfleisch geschwollen? ja nein

Ist Ihr Zahnfleisch empfindlich? ja nein

Sind Ihre Zahnzwischenräume größer geworden?  
ja nein

Haben Sie Probleme mit Mundgeruch? ja nein

Hat Ihr Partner/-in Probleme mit Zahnfleisch?  
ja nein

#### Hatten / Haben Sie eine:

- Kieferorthopädische Behandlung
- Knirscherschiene

Hatten Sie bereits eine prof. Zahnreinigung? ja nein

Wann war Ihre letzte prof. Zahnreinigung: \_\_\_\_\_

#### Die prof. Zahnreinigung dauerte generell:

- einige Minuten
- halbe Stunde
- eine Stunde
- länger oder über mehrere Sitzungen

#### Ihre Erfahrung mit der prof. Zahnreinigung war:

- neutral
- positiv
- negativ

- Bitte wenden -



Elbestraße 25, 38120 Braunschweig, Tel.: 0531-286070 , Fax.: 0531-2860720, Email: praxis@zahnaerzte-elbestrasse.de

**Über welche Reinigungstechniken wurden Sie informiert?**

- Ich erhielt keine Information  
 Zahnputztechnik und Wahl der Zahnbürste  
 Zwischenraumbürsten  
 Mundspüllösungen  
 Zahnseide  
 Fluoridpräparate  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Wurde Ihnen vor einem Spiegel gezeigt, wie man die oben genannten Techniken richtig anwendet?**

- ja  
 nein  
 Folgende Methoden wurden mir gezeigt: \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine Prothese?**  ja  nein

**Wenn ja, hatten Sie schon mal eine Prothesenreinigung?**  
 ja  nein

**Wie pflegen Sie Ihre Prothese?**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hatten Sie eine Betäubung für die Zahnreinigung?**  
 ja  nein

**Wünschen Sie eine Betäubung für die Zahnreinigung?**  
 ja  nein

**Bitte berücksichtigen Sie, dass für unsere Rechnungslegung ausschließlich und uneingeschränkt die staatlich vorgeschriebene Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ/GOÄ) maßgeblich ist. Anderslautende Bestimmungen oder private Versicherer können wir nicht berücksichtigen.**

**Erkundigen Sie sich bitte bei Ihrer Krankenkasse und Zusatzversicherung (falls vorhanden), welche Kosten diese im Rahmen einer professionellen Zahnreinigung übernehmen würden.**

Ich verpflichte mich Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient / Zahlungspflichtiger / gesetzl. Vertreter: \_\_\_\_\_