

Patient: _____ Nr.: _____ Datum: _____

Anamnesebogen Prophylaxe

Mundhygiene

Wann putzen Sie sich die Zähne?

morgens	mittags	abends

Mit welcher Zahnpasta putzen Sie sich die Zähne und warum (Geschmack, viel Schaum, Fluoridgehalt,...)

Geschmack	viel/wenig Schaum	Fluoridgehalt	überempfindliche Zähne (z.B. auf Kälte)

Putzen Sie ihre Zähne von Hand oder mit einer elektrischen Zahnbürste?

von Hand	elektrisch	
	Braun Oral-B	Philipps Sonicare

Benutzen Sie zusätzliche Hilfsmittel?

Mundspülung	Zahnseide	Superfloss	Zwischenraum- bürstchen	Sonstiges

Wie oft im Jahr kaufen Sie eine neue Zahnbürste?

Verwenden Sie 1x/ Woche Elmex Gelee?

seit wann?! : _____

Ja	Nein

Patient: _____ Nr.: _____ Datum: _____

Ernährung

Nehmen Sie Nahrungsmittel zu sich die das Spurenelement Fluorid enthalten? Wenn ja, welche?

Ja	Nein	bisher nicht bewusst	Fluoridiertes Speisesalz	Mineralwasser	schwarzer/grüner Tee

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie täglich zu sich? _____

Nehmen Sie kariesfördernde bzw. säurehaltige Nahrungsmittel zu sich?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Schokoriegel			Zitrusfrüchte		
Bananen			Fruchtsäfte		
Marmelade			Limonade		
Energy Drink			Essig		
Bonbons			Yoghurt		
Andere?			Andere?		

Gewohnheiten

Rauchen Sie?

Ja	Nein

Wenn ja, wie viele/Tag? _____

Welche Sportarten treiben Sie?

Worüber würden Sie gerne im Rahmen der Prophylaxesitzung informiert werden?
