

Risiko-Check **Zahnfleischerkrankungen**

Lieber Patient,
mit der Beantwortung folgender Fragen helfen Sie uns, Ihr Risiko für Zahnfleischerkrankungen besser einzuschätzen. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte geben Sie Ihr Alter an

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an weiblich männlich

Haben Sie jemals **Zahnfleischbluten** beobachtet? ja nein

Haben Sie **Zahnlockerungen** beobachtet? ja nein

Haben Sie **Zahnfleischrückgang** beobachtet
oder sehen Ihre Zähne länger als früher aus? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Waren Sie in den letzten zwei Jahren beim Zahnarzt? ja nein

Wie häufig benutzen Sie **Zahnseide**? täglich selten nie

Haben oder hatten Sie eine der unten genannten **Krankheiten**?
Herzinfarkt, Schlaganfall, Osteoporose, Diabetes, Streß,
Herz-Kreislaufkrankungen o. ä. ja nein

Mußten bei Ihnen im Erwachsenenalter Zähne entfernt werden? ja nein

Haben oder hatten Familienmitglieder Zahnfleischerkrankungen? ja nein
