



Proclin

Tandheelkundige oplossingen

Wij verzoeken u deze vragenlijst geheel in te vullen. Zo krijgen wij een betere indruk van uw gebit.

Hoe beoordeelt u de conditie van uw mond: perfect goed redelijk slecht
Heeft u op dit moment ergens last van, bepaalde klachten of specifieke wensen?

Hoe vaak bezoekt u jaarlijks de tandarts en/of mondhygiënist?: 3 mnd 6 mnd 12 mnd niet regelmatig

Persoonlijke ervaring

- | | | |
|---|-----------|------------|
| 01. Bent u angstig voor tandheelkundige behandelingen? | ja | nee |
| Zo ja, hoe angstig op een schaal van 1 (niet angstig) en 10 (zeer angstig). | 0 | 0 |
| 02. Heeft u een onprettige ervaring gehad tijdens een tandheelkundige behandeling? | 0 | 0 |
| 03. Heeft u complicaties gehad van een eerdere tandheelkundige behandeling? | 0 | 0 |
| 04. Heeft u problemen gehad met lokale verdovingen, heeft deze wel eens niet zo goed gewerkt? | 0 | 0 |
| 05. Heeft u een beugel / orthodontische behandeling gehad? | 0 | 0 |
| 06. Zijn er ooit tanden / kiezen getrokken? Zo ja welke? | 0 | 0 |

----- RISICO SCORE: (In te vullen door tandarts):

LAAG	MEDIUM	HOOG
------	--------	------

Tandvlees en bot

- | | | |
|--|---|---|
| 07. Bloedt uw tandvlees of doet het tandvlees pijn tijdens het tandenpoetsen of reinigen tussen de tanden en kiezen? | 0 | 0 |
| 08. Bent u ooit behandeld voor tandvleesproblemen of bent u wel eens behandeld aan botverlies rondom uw tanden / kiezen? | 0 | 0 |
| 09. Heeft u of anderen wel eens een onprettige smaak of reuk bemerkt uit uw mond? | 0 | 0 |
| 10. Is er in de familie iemand met een tandvleesprobleem? | 0 | 0 |
| 11. Heeft u last van terugtrekkend tandvlees? | 0 | 0 |
| 12. Heeft u last gehad van spontaan loskomende tanden/kiezen? | 0 | 0 |
| 13. Heeft u een brandend gevoel gehad in de mond? | 0 | 0 |

----- RISICO SCORE: (In te vullen door tandarts):

LAAG	MEDIUM	HOOG
------	--------	------

Tand structuur

- | | | |
|--|---|---|
| 14. Heeft u de laatste 3 jaar gaatjes in uw tanden of kiezen gehad? | 0 | 0 |
| 15. Heeft u voor uw gevoel last van een droge mond of heeft u moeite met slikken? | 0 | 0 |
| 16. Voelt u kommetjes / putjes op de kauwvlakken van uw kiezen? | 0 | 0 |
| 17. Zijn er tanden / kiezen gevoelig voor; warm / koud / zoet? (omcirkelen svp) | 0 | 0 |
| 18. Loopt uw tandvleeslijn onregelmatig? | 0 | 0 |
| 19. Zijn er ooit stukjes van uw tanden afgebroken of voelen de tanden / kiezen scherp? | 0 | 0 |
| 20. Heeft u wel eens kiespijn gehad? | 0 | 0 |
| 21. Blijft er regelmatig voedsel tussen / achter uw tanden steken? | 0 | 0 |

----- RISICO SCORE: (In te vullen door tandarts):

LAAG	MEDIUM	HOOG
------	--------	------

Beet en kaakgewricht

- | | | |
|---|---|---|
| 22. Heeft u problemen met uw kaakgewricht? (pijn, geluiden, beperkte mondopening, blokkeren) | 0 | 0 |
| 23. Heeft u het gevoel dat uw onderkaak naar achter geduwd wordt tijdens het dichtbijten op uw kiezen? | 0 | 0 |
| 24. Heeft u problemen met eten of vermijdt u hard en droog voedsel? (kauwgom, noten, wortels, harde broodjes) | 0 | 0 |
| 25. Zijn uw tanden de laatste 5 jaar veranderd van vorm? (korter, smaller, dunner, meer gesleten?) | 0 | 0 |
| 26. Verschuiven uw tanden / kiezen steeds meer over elkaar heen? | 0 | 0 |
| 27. Komen er steeds meer / grotere spleetjes tussen uw tanden / kiezen? | 0 | 0 |
| 28. Heeft u het idee dat u op meerdere manieren dicht kunt doen? | 0 | 0 |
| 29. Glijden uw kiezen, voordat u de kiezen op elkaar zet, eerst over elkaar heen? | 0 | 0 |
| 30. Plaatst u uw tong tussen uw tanden of duwt u de tong tegen de tanden? | 0 | 0 |
| 31. Bijt u op uw nagels of andere voorwerpen of houdt u dingen vast of heeft u andere gewoontes met uw gebit of mond? | 0 | 0 |
| 32. Klemt u overdag de kiezen wel eens op elkaar of worden deze gevoelig gedurende de dag? | 0 | 0 |
| 33. Voelen de tanden / kiezen 's ochtends pijnlijk / zwaar / aanwezig? | 0 | 0 |
| 33. Klemt u weleens met uw tong tegen uw tanden / kiezen of tegen uw gehemelte? | 0 | 0 |
| 34. Slaapt u goed? | 0 | 0 |
| 35. Wordt u wel eens wakker met hoofdpijn? | 0 | 0 |
| O 1x p mnd O 10x p mnd O 20 x p mnd O elke dag | | |
| 36. Draagt u een knarsplaat of heeft u ooit een knarsplaatje gedragen? Zo ja, een harde of een zachte splint? | 0 | 0 |

----- RISICO SCORE: (In te vullen door tandarts):

LAAG	MEDIUM	HOOG
------	--------	------

Lach karakteristieken

- | | | |
|---|---|---|
| 37. Is er iets aan de vorm / kleur van uw tanden dat u zou willen veranderen? | 0 | 0 |
| 38. Zijn uw tanden ooit gebleekt? | 0 | 0 |
| 39. Bent u onzeker over de vorm / kleur van uw tanden? | 0 | 0 |
| 40. Bent u teleurgesteld over werk van vorige tandartsen of mondhygiënisten? | 0 | 0 |

----- RISICO SCORE: (In te vullen door tandarts):

LAAG	MEDIUM	HOOG
------	--------	------

Datum: ____/____/____

HANDTEKENING: _____