

## 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-Kreislauferkrankungen o. ä.

ja  nein

---

Mußten bei Ihnen im Erwachsenenalter Zähne entfernt werden?

ja  nein

---

Haben oder hatten Familienmitglieder Zahnfleischerkrankungen?

ja  nein

---