

## RisikoCheck zur Bestimmung der Prophylaxe-Intervalle

Patientenname: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

### Risikofaktoren

Rauchen Sie? \_\_\_\_\_  >10 Zigaretten  <10 Zigaretten  Nein

Leiden Sie an Diabetes? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Nehmen Sie Immunsuppressiva, sind HIV-positiv oder werden chemotherapeutisch behandelt \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Sind Sie schwanger? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Wie oft reinigen Sie Ihre Zahnzwischenräume? \_\_\_\_\_  Nie  1x pro Woche  Tägl.

Wurde bei Ihnen bereits eine Zahnfleischbehandlung durchgeführt? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Hatten Sie in den letzten zwei Jahren eine Karies? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Leiden Sie unter Mundtrockenheit? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Haben Sie schlechten Atem? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

**A) Risikofaktoren** \_\_\_\_\_ **3-6x ROT (50-100%)** **2x ROT oder 3x GELB** **Sonst**

**B) API** \_\_\_\_\_ **>70%** **40-70%** **<40%**

**c) PSI** \_\_\_\_\_ **>2** **2** **<1**

**Ergebnis** **3x ROT = 3-4x jährlich**  
**2x ROT oder mind. 2x GELB = 2x jährlich**  
**Sonst = 1x jährlich**

