

Belangrijk:
(door tandarts in te vullen):

Onderstaande vragen hoeft u alleen in te vullen als u een volledige of gedeeltelijke prothese draagt.

	Boven:	Onder:	Overige opmerkingen:
Leeftijd huidige prothese (in jaren):	_____	_____	_____
Geheel tandeloos sinds:	_____	_____	_____
Hoeveel protheses heeft u eerder gehad?	_____	_____	_____
Hoe is uw mondhygiëne?	_____	_____	_____
Hoe is uw prothese hygiëne?	_____	_____	_____

	Ja	Nee	Overige opmerkingen:
Wordt uw prothese 's nachts gedragen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Heeft u last van een branderig gevoel in of rond de mond?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Heeft u last van tintelingen in de bovenlip?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Heeft u last van tintelingen in de onderlip?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Heeft u last van een droge mond?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Heeft u last van kaakklachten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Heeft u last van kloofjes rond de mond?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Heeft u last van afwijkend lippenrood?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Heeft u last van een afwijking aan het kaakgewricht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Bent u tevreden over de symmetrie van uw prothese?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____