

# Pre-appointment questionnaire

Have you noticed any of the following?

Is this new since your last visit?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| Tooth sensitivity to cold or hot food/drinks | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Pain while biting down                       | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Plaque buildup                               | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Tooth stains or discoloration                | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Changes to the look of your gums             | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Gum pain before/after brushing               | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Gum bleeding before brushing or flossing     | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Bad breath                                   | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |

What is your current oral care routine?

- How many times a day do you usually brush?  Once  Twice  Three or more
- Do you floss daily?  Yes  No
- What do you use to floss?  String floss  Floss picks  Water flossers  Other
- Do you use mouthwash daily?  Yes  No

What is your top goal to improve your oral health? Check all that apply.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Improve my smile      | <input type="radio"/> Reduce my pain sensitivity | <input type="radio"/> Straighten my teeth |
| <input type="radio"/> Whiten my teeth       | <input type="radio"/> Replace missing teeth      | <input type="radio"/> Other _____         |
| <input type="radio"/> Keep my teeth healthy | <input type="radio"/> Healthier gums             |   |

Do you feel like your routine is helping you reach your goal?

- Yes  No  Partially  Maybe

What is the biggest challenge to following your oral care routine? Check all that apply.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> I don't have enough time                       | <input type="radio"/> I don't feel like I need to                         | <input type="radio"/> I don't have the motivation |
| <input type="radio"/> I can't physically do it with the tools I have | <input type="radio"/> I don't enjoy using mouthwash, brushing or flossing | <input type="radio"/> Other _____                 |

Do you have any other concerns or goals you would like to talk about today?

---

---

Please share this questionnaire with your dental professional during today's appointment.



# Questionnaire préalable au rendez-vous

Avez-vous ressenti l'un des symptômes suivants ?

Est-ce que ce symptôme est apparu après la dernière consultation ?

Sensibilité dentaire lorsque vous mangez ou

buvez des boissons froides ou chaudes.....  Oui  Non.....  Oui  Non

Douleur en mordant.....  Oui  Non.....  Oui  Non

Accumulation de plaque.....  Oui  Non.....  Oui  Non

Taches sur les dents ou décoloration des dents.....  Oui  Non.....  Oui  Non

Changements de l'aspect de vos gencives.....  Oui  Non.....  Oui  Non

Douleur aux gencives avant/après brossage.....  Oui  Non.....  Oui  Non

Saignement des gencives après brossage ou

usage de soie dentaire.....  Oui  Non.....  Oui  Non

Mauvaise haleine.....  Oui  Non.....  Oui  Non

## Quelle est votre routine de soins bucco-dentaires actuelle ?

Combien de fois par jour vous brossez-vous habituellement les dents ?

Une fois.....  Deux fois.....  Trois fois ou plus

Utilisez-vous la soie dentaire tous les jours ?.....  Oui  Non

Qu'utilisez-vous pour passer la soie dentaire ?

Fil de soie dentaire.....  Porte-soie dentaire.....  Flossers à eau.....  Autres

Utilisez-vous un rince-bouche tous les jours ?.....  Oui  Non

## Quel est votre objectif principal pour améliorer votre santé bucco-dentaire ?

Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

Améliorer mon sourire

Réduire ma sensibilité à la douleur

Des gencives plus saines

Blanchir mes dents

Redresser mes dents

Garder mes dents en bonne santé

Remplacer les dents manquantes

Autres \_\_\_\_\_

## Avez-vous l'impression que votre routine vous aide à atteindre votre objectif ?

Oui  Non  Partiellement  Peut-être

## Quel est le plus grand défi à relever pour suivre votre routine de soins bucco-dentaires ?

Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

Je n'ai pas assez de temps

Je n'en ressens pas le besoin

Je n'ai pas la motivation nécessaire

Je ne peux pas le faire physiquement avec les outils que j'ai

Je n'aime pas utiliser le rince-bouche, la brosse ou la soie dentaire

Autres \_\_\_\_\_

## Avez-vous d'autres préoccupations ou objectifs dont vous aimeriez parler aujourd'hui ?

---

---

Veuillez partager ce questionnaire avec votre professionnel en soins dentaires lors du rendez-vous d'aujourd'hui.

In collaboration with

**PHILIPS**

sonicare ZOOM!