



# LUMINEERS®

DIE LÖSUNG FÜR JEDES KOSMETISCHE PROBLEM

EIN PAAR SCHNELLE FRAGEN AUF DEM WEG ZU IHREM PERFEKTEM LÄCHELN

## Persönliche Daten

Herr/Frau \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Alter \_\_\_\_\_

1. Sind Sie mit der Optik Ihrer Zähne zufrieden?

Ja  Nein – Wenn nicht, warum?

\_\_\_\_\_

2. Sind Ihre Zähne alle gerade angeordnet?

Ja  Nein – Wenn nicht, wo?

\_\_\_\_\_

3. Haben Sie Zahnlücken, die Sie nicht schön finden?

Ja  Nein – Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

4. Gefällt Ihnen die Farbe Ihrer Zähne?

Ja  Nein – Wenn nicht, weshalb?

\_\_\_\_\_

5. Gefällt Ihnen die Form Ihrer Zähne?

Ja  Nein – Wenn nicht, warum?

\_\_\_\_\_

6. Sind Ihre Zähne...

abgebrochen?  vorstehend?  nach hinten stehend?

7. Sind Ihre Zähne an den Kauflächen abgenutzt?

Ja  Nein – Wenn ja, wo?

\_\_\_\_\_

8. Haben Sie alte Füllungen, die Ihnen nicht mehr gefallen?

Ja  Nein – Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

9. Was würden Sie am Aussehen Ihrer Zähne am liebsten ändern?

\_\_\_\_\_

10. Wie möchten Sie, dass Ihre Zähne aussehen?

\_\_\_\_\_

### LÜCKEN UND ABSTÄNDE



VORHER

NACHHER

### VERFÄRBUNGEN



VORHER

NACHHER

### SCHIEFSTELLUNGEN



VORHER

NACHHER

### ALTE KRONEN UND BRÜCKEN



VORHER

NACHHER