



DENTALpont

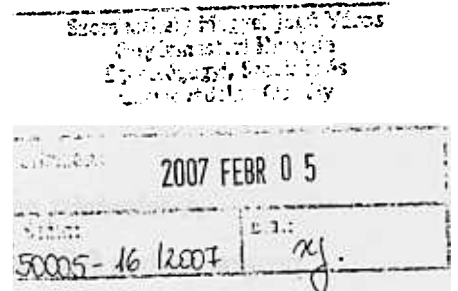


9700 Szombathely, Thököly u. 40.
Tel/fax :0036-94/311-276 06/30-9577-890

Szombathely MJV Önkormányzat Polgármesteri Hivatala
Egészségügyi, Szociális és Családvédelmi Osztály

Vass Péter
osztályvezető úr
részére

Szombathely



Tárgy: Szájápolási kérdőív bemutatása

Tisztelt Osztályvezető Úr!

Társaságunk a fogászati és fogtechnikai anyagok forgalmazása mellett az elmúlt években céljává tűzte ki a civil szféra felvilágosítását a szájápolás fontosságáról, a megelőzés és az egészség megőrzése érdekében a szájápolási szokások segítését.

2006. novemberben az Egészség hét keretében részt vettünk a Savaria moziban megrendezett Egészségnapon, ahol a sok érdeklődő hatására megerősödött bennünk az elképzelés, hogy a Védőnői Szolgálattal karöltve még többet segítsünk az embereknek. Az idei Egészség hét előkészítésékor arra az elhatározásra jutottunk, hogy kérdőíves formában felmérnénk a lakosság szájápolási szokásait, higiénés ismereteit. A felmérés eredményének ismeretében még fokozottabban tudnánk a felmerült hiányosságok kiküszöbölésére összpontosítani, a felvilágosítást tovább folytatni.

Általános- és középiskolákban, háziorvosi és fogorvosi rendelőkben szeretnénk terjeszteni a kérdőívet, több ezer szombathelyi lakos bevonásával. Ezért azzal a tiszteletkéréssel fordulok Önhöz, hogy a 2007. február 13-án megrendezésre kerülő háziorvosi továbbképzésen történő bemutatkozásunkat engedélyezni szíveskedjék. Ezen a megbeszélésen szeretnénk bevonni és engedélyt kérni a háziorvosoktól, hogy rendelők várótermében elhelyezhessük a kérdőíveket és a gyűjtődobozokat.



DENTALpont



9700 Szombathely, Thököly u. 40.
Tel/fax :0036-94/311-276 06/30-9577-890

A felmérést eredményét szeretnénk minél több helyen publikálni, az Egészségét programjaiban felhasználni. A kérdőív egy példányát mellékeljük levelünkhöz.

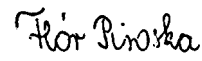
A felmerült kérdésekkel kapcsolatban szívesen állunk rendelkezésére személyesen is.

Szombathely, 2007. január 25.

Tisztelettel:


Batori Krisztina
ügyvezető igazgató

DENTALpont
9700 Szombathely, Thököly I. u. 40.
Tel.: 94/311-276
Nyitvatartás:
H-P 8.00-17.00. Sz 9.00-12.00


Flór Piroska
irodavezető

Melléklet: 1 db kérdőív

K É R D Ő Í V

Kérdőívünk segítségével szeretnénk felmérni az emberek száájápolási szokásait. A kérdőív kitöltése önkéntes.

Kérjük, hogy válaszait az üres négyzetben X-szel jelölje. Egy kérdéshez több választ is megadhat.

1., Mikor volt Ön életében először fogorvosnál?

<input type="checkbox"/>	Óvodáskorban	<input type="checkbox"/>	Felső tagozatban
<input type="checkbox"/>	Alsó tagozatban	<input type="checkbox"/>	Középiskolában

2., Jár-e Ön rendszeresen fogorvoshoz?

<input type="checkbox"/>	Két-három havonta	<input type="checkbox"/>	Évente
<input type="checkbox"/>	Félévente	<input type="checkbox"/>	Kétévente
<input type="checkbox"/>	Csak sürgős esetben megyek.	<input type="checkbox"/>	Nem járok

3., El szokta-e Ön olvasni a rendelőben található száájápolási ismertetőket?

<input type="checkbox"/>	igen	<input type="checkbox"/>	nem
--------------------------	------	--------------------------	-----

4., Véleménye szerint a helyes fogmosási technikával csökkenthető-e a fogkő képződése és a fogszuvasodás?

<input type="checkbox"/>	igen	<input type="checkbox"/>	nem
--------------------------	------	--------------------------	-----

5., Véleménye szerint a kezdődő fogszuvasodás visszafordítható folyamat-e a mai tudomány szerint?

<input type="checkbox"/>	igen	<input type="checkbox"/>	nem
--------------------------	------	--------------------------	-----

6., Véleménye szerint a dohányzással összefüggnek-e a száájüregi elváltozások?

<input type="checkbox"/>	igen	<input type="checkbox"/>	nem
--------------------------	------	--------------------------	-----

7., Száájápolási probléma esetén kitől kér tanácsot?

<input type="checkbox"/>	Fogorvostól	<input type="checkbox"/>	Gyógyszertárban
<input type="checkbox"/>	Dentálhigiénikustól	<input type="checkbox"/>	Szaküzletben
<input type="checkbox"/>	Környezetem tapasztalatára hagyatkozom		

8., Milyen száájápolási termékeket használ rendszeresen?

<input type="checkbox"/>	Fogkefe	<input type="checkbox"/>	Fogselyem
<input type="checkbox"/>	Hagyományos fogkrém	<input type="checkbox"/>	Fogköztisztító kefe
<input type="checkbox"/>	Fogkrém érzékeny fogakra	<input type="checkbox"/>	Száájvíz
<input type="checkbox"/>	Fogfehérítő fogkrém	<input type="checkbox"/>	Fogvédő krém

9., Használ-e elektromos fogkefét vagy száájzuhanyt?

<input type="checkbox"/>	igen	<input type="checkbox"/>	nem
--------------------------	------	--------------------------	-----

10., Naponta hány alkalommal mos fogat?

<input type="checkbox"/>	Egyszer, csak reggel	<input type="checkbox"/>	Háromszor
<input type="checkbox"/>	Egyszer, csak este	<input type="checkbox"/>	Nem szoktam
<input type="checkbox"/>	Kétszer		

11., Szokta-e otthonában ellenőrizni a fogmosás eredményességét plakkefestő tablettával?

<input type="checkbox"/>	igen	<input type="checkbox"/>	nem
--------------------------	------	--------------------------	-----

12.,Mely tulajdonságok alapján választja ki fogkrémét?

- | | | | |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Gyógynövény alapanyagú | <input type="checkbox"/> | Mintás legyen a krém |
| <input type="checkbox"/> | Kellemes ízű | <input type="checkbox"/> | Reklám alapján |
| <input type="checkbox"/> | Fogfehérítő hatású | <input type="checkbox"/> | Orvosi javaslat alapján |

13.,Használ-e Ön többféle típusú fogkrémet felváltva?

- | | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | igen | <input type="checkbox"/> | nem |
|--------------------------|------|--------------------------|-----|

14.,Milyen időszakonként vásárol fogkefét?

- | | | | |
|--------------------------|--------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Havonta | <input type="checkbox"/> | Félévente |
| <input type="checkbox"/> | Kéthavonta | <input type="checkbox"/> | Évente |
| <input type="checkbox"/> | Háromhavonta | | |

15.,Lecseréli-e fogkefáját bármilyen fertőzőes megbetegedés után?

- | | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | igen | <input type="checkbox"/> | nem |
|--------------------------|------|--------------------------|-----|

16.,Mely tulajdonságok alapján választja ki fogkefáját?

- | | | | |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Sörték puhasága | <input type="checkbox"/> | Polírozó sörte előnyt jelent |
| <input type="checkbox"/> | Sörték hosszúsága | <input type="checkbox"/> | Orvosi javaslat alapján |
| <input type="checkbox"/> | Nyel kiképzése | <input type="checkbox"/> | Színösszeállítás |
| <input type="checkbox"/> | Fej alakja | <input type="checkbox"/> | Reklám alapján |

17.,Milyen típusú üzletben vásárolja szájápolási termékeit?

- | | | | |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Diszkontárúházban | <input type="checkbox"/> | Drogériában |
| <input type="checkbox"/> | Szupermarketben, hipermarketben | <input type="checkbox"/> | Szaküzletben |
| <input type="checkbox"/> | Gyógyszertárban | <input type="checkbox"/> | Orvosi rendelőben |

18.,A szájápolás területéről mely típusú márkákat ismeri a felsoroltak közül?

- | | | | |
|--------------------------|-------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Oral-B | <input type="checkbox"/> | Lacalut |
| <input type="checkbox"/> | Curadent | <input type="checkbox"/> | Aquafresh |
| <input type="checkbox"/> | Blend-a-med | <input type="checkbox"/> | Kolynos |
| <input type="checkbox"/> | Signal | <input type="checkbox"/> | Elmex |
| <input type="checkbox"/> | GUM | <input type="checkbox"/> | Amodent |
| <input type="checkbox"/> | Colgate | <input type="checkbox"/> | Amway |

19.,Tervezi-e a közeljövőben elektromos fogkefe vagy szájuhany vásárlását?

- | | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | igen | <input type="checkbox"/> | nem |
|--------------------------|------|--------------------------|-----|

20.,Személyes adatok:

Neme:

- | | | | |
|--------------------------|-------|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | Férfi | <input type="checkbox"/> | Nő |
|--------------------------|-------|--------------------------|----|

Életkora:

- | | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | 0-6 év | <input type="checkbox"/> | 19-25 év |
| <input type="checkbox"/> | 7-14 év | <input type="checkbox"/> | 26-40 év |
| <input type="checkbox"/> | 15-18 év | <input type="checkbox"/> | 40 év felett |

SEGÍTSÉGÉT TISZTELETTEL KÖSZÖNJÜK!