

Name:  
Geburtsdatum:

## Mundgeruch Fragebogen

|  |   |
|--|---|
| Woher wissen Sie, dass Sie Mundgeruch haben?   | <input type="radio"/> Nichtverbale Körpersprache anderer Leute<br><input type="radio"/> Jemand hat es mir gesagt<br><input type="radio"/> Ich weiss es einfach  |
| Wann haben Sie das erste Mal gemerkt, dass Sie schlechten Atem haben?                      | <input type="radio"/> vor ..... Jahren<br><input type="radio"/> vor ..... Monaten<br><input type="radio"/> vor ..... Wochen   |
| Wie intensiv denken Sie ist Ihr Mundgeruch?  | <input type="radio"/> stark<br><input type="radio"/> durchschnittlich<br><input type="radio"/> schwach  |
| Nennen Sie Situationen, bei denen Ihnen bewusst wurde, dass Sie Mundgeruch haben:<br>..... |   |
| Wie viel Stress haben Sie?   | <input type="radio"/> sehr viel<br><input type="radio"/> viel<br><input type="radio"/> durchschnittlich<br><input type="radio"/> wenig  |
| Wann haben Sie häufiger oder stärkeren Mundgeruch?   | <input type="radio"/> nach dem Aufwachen<br><input type="radio"/> wenn ich Hunger oder Durst habe<br><input type="radio"/> wenn ich müde bin<br><input type="radio"/> den ganzen Tag<br><input type="radio"/> bei der Arbeit<br><input type="radio"/> wenn ich mit anderen Menschen spreche<br><input type="radio"/> Sonstiges..... |
| Wie oft haben Sie Mundgeruch?  | <input type="radio"/> einmal im Monat<br><input type="radio"/> einmal pro Woche<br><input type="radio"/> täglich<br><input type="radio"/> immer   |
| Rauchen Sie?   | <input type="radio"/> Nein<br><input type="radio"/> Ja<br>Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? .....  |
| Was machen Sie beruflich?<br>.....   | Stresst Sie Ihre berufliche Tätigkeit?<br><input type="radio"/> Ja<br><input type="radio"/> Nein  |
| Können Sie einen Zusammenhang zwischen Ihrer Arbeit und dem Mundgeruch erkennen?           | <input type="radio"/> Ja<br><input type="radio"/> Nein  |

|   |   |
|---|---|
| Beschreiben Sie Ihren Mundgeruch so genau wie möglich (Beispiele: bitter, brennend, faul, blumig, fruchtig, Knoblauch, faekal, ranzig, stinkend, süß):<br>..... |   |
| Hat Ihr Mundgeruch Einfluss auf Ihr Privat- oder Sozialleben ? Wenn ja, welchen ?<br>.....  |   |
| Wie weit kann man Ihren Mundgeruch wahrnehmen?  | <input type="radio"/> 30 Zentimeter<br><input type="radio"/> einen Meter<br><input type="radio"/> weiter als einen Meter  |
| Können Sie Beläge auf Ihrer Zunge feststellen?  | <input type="radio"/> Ja<br><input type="radio"/> Nein  |
| Wie oft putzen Sie die Zähne am Tag?  | ..... mal pro Tag   |
| Haben Sie Zahnfleischbluten?  | <input type="radio"/> Ja<br><input type="radio"/> Nein  |
| Benutzen Sie Zahnseide?   | <input type="radio"/> Nein<br><input type="radio"/> Ja<br>Wenn ja, wie oft? ..... mal pro .....   |
| Benutzen Sie Mundwasser?  | <input type="radio"/> Nein<br><input type="radio"/> Ja<br>Wenn ja, wie oft? ..... mal pro .....<br>Name des Mundwassers.....  |
| Haben Sie Allergien?  | <input type="radio"/> Nein<br><input type="radio"/> Ja<br>Wenn ja, gegen was? .....   |
| Sind Sie häufig verschnupft?  | <input type="radio"/> Nein  |
| Müssen Sie häufig Ihre Nase reinigen?   | <input type="radio"/> Ja  |
| Leiden Sie manchmal unter Mundtrockenheit?  | <input type="radio"/> Nein<br><input type="radio"/> Ja<br>Wenn ja, wie oft? ..... mal pro .....   |
| Glauben Sie, dass Sie momentan Mundgeruch haben?  | <input type="radio"/> Nein<br><input type="radio"/> Ja  |
| Nehmen Sie zur Zeit folgende Medikamente zu sich?   | <input type="radio"/> Antibiotika<br><input type="radio"/> Asthma-Spray<br><input type="radio"/> Mittel gegen Magensäure<br><input type="radio"/> Antidepressiva<br><input type="radio"/> Andere Medikamente: ..... |
| Woher kommt Ihrer Meinung nach Ihr Geruch?  | <input type="radio"/> vom Mund<br><input type="radio"/> von der Nase<br><input type="radio"/> von beidem  |
| Welche Ursache(n) glauben Sie sind bei Ihnen für den Mundgeruch verantwortlich?<br>.....  |   |

|   |  |
|---|--|
| <p>Wie haben Sie bisher den Mundgeruch bekämpft?</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Gar nicht</li> <li><input type="radio"/> Mundwasser</li> <li><input type="radio"/> Kaugummi</li> <li><input type="radio"/> „Bonbons“</li> <li><input type="radio"/> Vermeidung gewisser Nahrungsmittel<br/>welche: .....</li> <li><input type="radio"/> Anderes: .....</li> </ul>   |
| <p>Waren Sie schon bei anderen Ärzten wegen Ihres Mundgeruchs (z.B. Zahnarzt, Hausarzt, Hals-Nasen-Ohren-Arzt/ORL, ...)?</p>      | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Nein</li> <li><input type="radio"/> Ja</li> <li>Wenn ja, wann?.....</li> <li>Wenn ja, welcher Arzt/welche Ärzte:</li> <li><input type="radio"/> Zahnarzt</li> <li><input type="radio"/> Hausarzt</li> <li><input type="radio"/> Hals-Nasen-Ohren-Arzt</li> <li><input type="radio"/> Internist</li> <li><input type="radio"/> anderer Arzt: .....</li> </ul>  |
| <p>Was wurde bei diesem Arzt/diesen Ärzten wegen Ihres Mundgeruchs unternommen?</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Untersuchung des Mundes</li> <li><input type="radio"/> Untersuchung des Halses</li> <li><input type="radio"/> Untersuchung der Nasennebenhöhlen</li> <li><input type="radio"/> Untersuchung des Magens</li> <li><input type="radio"/> Untersuchung des Blutes</li> <li><input type="radio"/> Röntgenbilder</li> <li><input type="radio"/> Gastroskopie / Magenspiegelung</li> <li><input type="radio"/> Eine zahnärztliche Behandlung</li> <li><input type="radio"/> Anderes:</li> <li>.....</li> </ul> |
| <p>Sind Sie von diesen Ärzten Medikamente oder andere Präparate verschrieben oder empfohlen worden?</p>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Nein</li> <li><input type="radio"/> Ja</li> <li>Wenn ja, welche?</li> <li><input type="radio"/> Antibiotika</li> <li><input type="radio"/> Medikamente gegen Magensäure</li> <li><input type="radio"/> Mundwasser</li> <li><input type="radio"/> Lutschtabletten</li> <li><input type="radio"/> Andere:</li> <li>.....</li> </ul>   |
| <p>Wurde Ihre Mundgeruch auch bei einem alternativen oder ganzheitlichen Arzt behandelt (Chiropraktiker, Homöopathie, .....)?</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Nein</li> <li><input type="radio"/> Ja</li> <li>Wenn ja, welche Art der Behandlung?</li> <li>.....</li> </ul>   |

|  |  |
|--|--|
| Hatten Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?                  | <input type="radio"/> Nasen-Nebenhöhlenentzündung<br><input type="radio"/> Erkrankung der Nase<br><input type="radio"/> Magenprobleme<br><input type="radio"/> Lungen- oder Bronchialerkrankung<br><input type="radio"/> Lebererkrankung<br><input type="radio"/> Mundtrockenheit<br><input type="radio"/> Erkrankungen des Gemüts<br><input type="radio"/> Andere:<br>.....   |
| Machen Sie eine spezielle Diät?  | <input type="radio"/> Nein<br><input type="radio"/> Ja<br>Wenn ja, welche?.....  |
| Haben Sie eines der folgenden Probleme durch schlechten Atem?                        | <input type="radio"/> Ich vermeide es, mit anderen Menschen zu sprechen<br><input type="radio"/> Ich bin gehemmt, wenn jemand in meine Nähe kommt<br><input type="radio"/> Ich mag keine anderen Menschen treffen<br><input type="radio"/> Ich kann nicht mit Menschen in nähere Beziehung treten<br><input type="radio"/> Andere Menschen meiden mich<br><input type="radio"/> Andere: .....<br><input type="radio"/> Nein, ich habe keines dieser Probleme |
| Waren Sie betroffen über die Reaktion anderer Menschen wegen Ihres schlechten Atems? | <input type="radio"/> Nein<br><input type="radio"/> Ja<br>Wenn ja, welche Reaktion löste Ihr Atem aus?<br>.....  |
| Sind Sie sicher, dass diese Reaktion durch das Problem Ihres Atems ausgelöst wurde?  | <input type="radio"/> Nein<br><input type="radio"/> Ja   |