

## MUNDGERUCH-FRAGEBOGEN

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

## MUNDGERUCH-FRAGEBOGEN

Beschreiben Sie Ihren Mundgeruch so genau wie möglich (Beispiele: bitter, brennend, faul, blumig, fruchtig, Knoblauch, faekal, ranzig, stinkend, süss):

Hat Ihr Mundgeruch Einfluss auf Ihr Privat- oder Sozialleben ? Wenn ja, welchen ?

Wie weit kann man Ihren Mundgeruch wahrnehmen?  30 Zentimeter  
 einen Meter  
 weiter als einen Meter

Können Sie Beläge auf Ihrer Zunge feststellen?  Ja  
 Nein

Wie oft putzen Sie die Zähne am Tag? \_\_\_\_\_ mal pro Tag

Haben Sie Zahnfleischbluten?  Ja  
 Nein

Benutzen Sie Zahnseide?  Nein  
 Ja  
 Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_ mal pro \_\_\_\_\_

Benutzen Sie Mundwasser?  Nein  
 Ja  
 Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_ mal pro \_\_\_\_\_  
 Name des Mundwassers \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien?  Nein  
 Ja  
 Wenn ja, gegen was? \_\_\_\_\_

Sind Sie häufig verschnupft?  Nein  
 Müssen Sie häufig Ihre Nase reinigen?  Ja

Leiden Sie manchmal unter Mundtrockenheit?  Nein  
 Ja  
 Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_ mal pro \_\_\_\_\_

Glauben Sie, dass Sie momentan Mundgeruch haben?  Nein  
 Ja

Nehmen Sie zur Zeit folgende Medikamente zu sich?  Antibiotika  
 Asthma-Spray  
 Mittel gegen Magensäure  
 Antidepressiva  
 Andere Medikamente: \_\_\_\_\_

## MUNDGERUCH-FRAGEBOGEN

|   |  |
|---|--|
| <p>Woher kommt Ihrer Meinung nach Ihr Geruch?</p>   | <p><input type="checkbox"/> vom Mund<br/> <input type="checkbox"/> von der Nase<br/> <input type="checkbox"/> von beidem</p>   |
| <p>Welche Ursache(n) glauben Sie sind bei Ihnen für den Mundgeruch verantwortlich?</p> <p>_____</p>                           |  |
| <p>Wie haben Sie bisher den Mundgeruch bekämpft?</p>  | <p><input type="checkbox"/> Gar nicht<br/> <input type="checkbox"/> Mundwasser<br/> <input type="checkbox"/> Kaugummi<br/> <input type="checkbox"/> „Bonbons“<br/> <input type="checkbox"/> Vermeidung gewisser Nahrungsmittel<br/> welche: _____<br/> <input type="checkbox"/> Anderes: _____</p>   |
| <p>Waren Sie schon bei anderen Ärzten wegen Ihres Mundgeruchs (z. B. Zahnarzt, Hausarzt, Hals-Nasen-Ohren-Arzt/ORL, ...)?</p> | <p><input type="checkbox"/> Nein<br/> <input type="checkbox"/> Ja<br/> Wenn ja, wann? _____<br/> Wenn ja, welcher Arzt/welche Ärzte:<br/> <input type="checkbox"/> Zahnarzt<br/> <input type="checkbox"/> Hausarzt<br/> <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren-Arzt<br/> <input type="checkbox"/> Internist<br/> <input type="checkbox"/> anderer Arzt: _____</p>   |
| <p>Was wurde bei diesem Arzt/diesen Ärzten wegen Ihres Mundgeruchs unternommen?</p>   | <p><input type="checkbox"/> Untersuchung des Mundes<br/> <input type="checkbox"/> Untersuchung des Halses<br/> <input type="checkbox"/> Untersuchung der Nasennebenhöhlen<br/> <input type="checkbox"/> Untersuchung des Magens<br/> <input type="checkbox"/> Untersuchung des Blutes<br/> <input type="checkbox"/> Röntgenbilder<br/> <input type="checkbox"/> Gastroskopie / Magenspiegelung<br/> <input type="checkbox"/> Eine zahnärztliche Behandlung<br/> <input type="checkbox"/> Anderes:<br/> -----</p> |
| <p>Sind Sie von diesen Ärzten Medikamente oder andere Präparate verschrieben oder empfohlen worden?</p>                       | <p><input type="checkbox"/> Nein<br/> <input type="checkbox"/> Ja<br/> Wenn ja, welche?<br/> <input type="checkbox"/> Antibiotika<br/> <input type="checkbox"/> Medikamente gegen Magensäure<br/> <input type="checkbox"/> Mundwasser<br/> <input type="checkbox"/> Lutschtabletten<br/> <input type="checkbox"/> Andere:<br/> -----</p>   |

## MUNDGERUCH-FRAGEBOGEN

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