

# Geriatric Oral Health Assessment Index



**Speicheldiagnostik  
und Mundtrockenheit**

Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel UZB

Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Patienten-ID: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

	nie	selten	ab und zu	oft	sehr oft
1. Wie oft haben Sie den Genuss von Art und Menge von Nahrungsmitteln eingeschränkt aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen oder Ihrer Zahnprothese?	1	2	3	4	5
2. Wie oft hatten Sie Schwierigkeiten beim Beißen oder Kauen von Nahrungsmitteln, wie zum Beispiel festem Fleisch oder Äpfeln?	1	2	3	4	5
3. Wie oft konnten Sie problemlos schlucken?	1	2	3	4	5
4. Wie oft konnten Sie wegen Ihrer Zähne oder Ihrer Zahnprothese nicht so sprechen wie Sie wollten?	1	2	3	4	5
5. Wie oft konnten Sie ohne Beschwerden alles essen?	1	2	3	4	5
6. Wie oft haben Sie den Kontakt zu anderen Personen gemieden wegen des Zustands Ihrer Zähne oder Ihrer Zahnprothese?	1	2	3	4	5
7. Wie oft waren Sie zufrieden oder glücklich mit dem Aussehen Ihrer Zähne, des Zahnfleisches oder der Zahnprothese?	1	2	3	4	5

8. Wie oft haben Sie Medikamente genommen, um Schmerzen oder Beschwerden im Mundbereich zu lindern?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. Wie oft haben Sie sich Sorgen um Ihre Zähne, Ihr Zahnfleisch oder Ihre Zahnprothese gemacht?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. Wie oft waren Sie nervös oder unsicher, weil Sie Probleme mit Ihren Zähnen, Ihrem Zahnfleisch oder Ihrer Zahnprothese hatten?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. Wie oft fühlten Sie sich in Gegenwart anderer Personen beim Essen unwohl aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen oder Ihrer Zahnprothese?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12. Wie oft reagierten Ihre Zähne oder Ihr Zahnfleisch auf heiß, kalt oder süß empfindlich?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Punktzahl