

Name:  
Geburtsdatum:

## Mundgeruch Fragebogen

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

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?	<input type="radio"/> 30 Zentimeter <input type="radio"/> einen Meter <input type="radio"/> weiter als einen Meter
Können Sie Beläge auf Ihrer Zunge feststellen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wie oft putzen Sie die Zähne am Tag?	..... mal pro Tag
Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Benutzen Sie Zahnseide?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja, wie oft? ..... mal pro .....
Benutzen Sie Mundwasser?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja, wie oft? ..... mal pro ..... Name des Mundwassers.....
Haben Sie Allergien?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja 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 <input type="radio"/> Ja Wenn ja, wie oft? ..... mal pro .....
Glauben Sie, dass Sie momentan Mundgeruch haben?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Nehmen Sie zur Zeit folgende Medikamente zu sich?	<input type="radio"/> Antibiotika <input type="radio"/> Asthma-Spray <input type="radio"/> Mittel gegen Magensäure <input type="radio"/> Antidepressiva <input type="radio"/> Andere Medikamente: .....
Woher kommt Ihrer Meinung nach Ihr Geruch?	<input type="radio"/> vom Mund <input type="radio"/> von der Nase <input type="radio"/> von beidem
Welche Ursache(n) glauben Sie sind bei Ihnen für den Mundgeruch verantwortlich? .....	

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