

MUNDGERUCH - FRAGEBOGEN - 1

Name _____

Wie häufig am Tag putzen Sie die Zähne? _____

Haben Sie Zahnfleischbluten Ja Nein

Benutzen Sie Zahnseide? Ja Nein

Wenn ja, wie häufig? _____ mal am Tag

Benutzen Sie Mundwasser? Ja Nein

Wenn ja, wie häufig? _____ mal am Tag

Name des Mundwassers _____

Haben Sie Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie häufig verschnupft? Ja Nein

Müssen Sie häufig Ihre Nase reinigen? Ja Nein

Leiden Sie unter Mundtrockenheit? Ja Nein

Wenn ja, wie häufig? _____ mal am Tag

Glauben Sie, dass Sie momentan Mundgeruch haben? Ja Nein

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

Woher kommt Ihrer Meinung nach Ihr Geruch?
 vom Mund
 von der Nase
 von beidem

MUNDGERUCH - FRAGEBOGEN - 2

Wie oft haben Sie Mundgeruch?

- einmal im Monat
- einmal pro Woche
- täglich
- immer

Rauchen Sie?

- Ja
- Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?

Was machen Sie beruflich?

Stresst Sie Ihre berufliche Tätigkeit?

- Ja
- Nein

Können Sie einen Zusammenhang zwischen Ihrer Arbeit und dem Mundgeruch erkennen?

- Ja
- Nein

Beschreiben Sie Ihren Mundgeruch (z.B.: bitter, brennend, faul, blumig, fruchtig, fäkal, ranzig, stinkend, süß):

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

- Ja
- Nein

Können Sie Beläge auf Ihrer Zunge feststellen?

- Ja
- Nein

Wann haben Sie das erste Mal gemerkt, dass Sie schlechten Atem haben?

Wann haben Sie häufig oder verstärkt den Mundgeruch?

- nach dem Aufwachen
- wenn ich Hunger/Durst habe
- wenn ich müde bin
- den ganzen Tag
- bei der Arbeit
- wenn ich mit anderen Menschen spreche
- Sonstiges

MUNDGERUCH - FRAGEBOGEN - 3

Waren Sie schon bei anderen Ärzten wegen Ihres Mundgeruchs (z.B. Zahnarzt, Hausarzt, ...)?

Ja Nein

Wenn ja, wann und bei welchem Arzt

Was wurde bei diesem Arzt/diesen Ärzten wegen Ihres Mundgeruchs unternommen?

- Untersuchung des Mundes
- Untersuchung des Halses
- Untersuchung der Nasenhöhlen
- Untersuchung des Magens
- Untersuchung des Blutes
- Röntgenbilder
- Gastroskopie/Magenspiegelung
- Eine zahnärztliche Behandlung
- Anderes:

Sind Ihnen von diesen Ärzten Medikamente oder andere Präparate verschrieben oder empfohlen worden?
Wenn ja, welche?

Ja Nein

Wurde Ihr Mundgeruch auch bei einem alternativen Arzt behandelt (Chiropraktiker, Homöopathie,)?
Wenn ja, welcher Art der Behandlung

Ja Nein

Hatten Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?

- Nasennebenhöhlenentzündung
- Erkrankung der Nase
- Magenprobleme
- Lungen- oder Bronchialerkrankung
- Mundtrockenheit
- Erkrankungen des Gemüts
- Andere

Machen Sie eine spezielle Diät?

Ja Nein

Wenn ja, welche?
