

## MUNDGERUCH-FRAGEBOGEN

Woher wissen Sie, dass Sie Mundgeruch haben?	<input type="checkbox"/> Nichtverbale Körpersprache anderer Leute <input type="checkbox"/> Jemand hat es mir gesagt <input type="checkbox"/> Ich weiss es einfach
Wann haben Sie das erste Mal gemerkt, dass Sie schlechten Atem haben?	<input type="checkbox"/> vor _____ Jahren <input type="checkbox"/> vor _____ Monaten <input type="checkbox"/> vor _____ Wochen
Wie intensiv denken Sie ist Ihr Mundgeruch?	<input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> durchschnittlich <input type="checkbox"/> schwach
Nennen Sie Situationen, bei denen Ihnen bewusst wurde, dass Sie Mundgeruch haben: _____	
Wie viel Stress haben Sie?	<input type="checkbox"/> sehr viel <input type="checkbox"/> viel <input type="checkbox"/> durchschnittlich <input type="checkbox"/> wenig
Wann haben Sie häufiger oder stärkeren Mundgeruch?	<input type="checkbox"/> nach dem Aufwachen <input type="checkbox"/> wenn ich Hunger oder Durst habe <input type="checkbox"/> wenn ich müde bin <input type="checkbox"/> den ganzen Tag <input type="checkbox"/> bei der Arbeit <input type="checkbox"/> wenn ich mit anderen Menschen spreche <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Wie oft haben Sie Mundgeruch?	<input type="checkbox"/> einmal im Monat <input type="checkbox"/> einmal pro Woche <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> immer
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____
Was machen Sie beruflich? _____	Stresst Sie Ihre berufliche Tätigkeit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Können Sie einen Zusammenhang zwischen Ihrer Arbeit und dem Mundgeruch erkennen?	<input type="checkbox"/> Ja <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):	
<hr/>	
Hat Ihr Mundgeruch Einfluss auf Ihr Privat- oder Sozialleben ? Wenn ja, welchen ?	
<hr/>	
Wie weit kann man Ihren Mundgeruch wahrnehmen?	<input type="checkbox"/> 30 Zentimeter <input type="checkbox"/> einen Meter <input type="checkbox"/> weiter als einen Meter
Können Sie Beläge auf Ihrer Zunge feststellen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie oft putzen Sie die Zähne am Tag?	_____ mal pro Tag
Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Benutzen Sie Zahnseide?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, wie oft? _____ mal pro _____
Benutzen Sie Mundwasser?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, wie oft? _____ mal pro _____ Name des Mundwassers _____
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, gegen was? _____
Sind Sie häufig verschnupft? Müssen Sie häufig Ihre Nase reinigen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie manchmal unter Mundtrockenheit?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, wie oft? _____ mal pro _____
Glauben Sie, dass Sie momentan Mundgeruch haben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Nehmen Sie zur Zeit folgende Medikamente zu sich?	<input type="checkbox"/> Antibiotika <input type="checkbox"/> Asthma-Spray <input type="checkbox"/> Mittel gegen Magensäure <input type="checkbox"/> Antidepressiva <input type="checkbox"/> Andere Medikamente: _____



## MUNDGERUCH-FRAGEBOGEN

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

## MUNDGERUCH-FRAGEBOGEN

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