

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 <input type="radio"/> Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____
Was machen Sie beruflich? _____	
Stress 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, fäkal, ranzig, stinkend, süss): _____	
Hat Ihr Mundgeruch Einfluss auf Ihr Privat- oder Sozialleben ? Wenn ja, welchen ?	

Mundgeruch-Fragebogen

Wie weit kann man Ihren Mundgeruch wahrnehmen?	<input type="radio"/> 30 cm <input type="radio"/> 1 Meter <input type="radio"/> mehr 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 <input type="radio"/> Ja
Müssen Sie häufig Ihre Nase reinigen?	<input type="radio"/> Nein <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?	

Mundgeruch-Fragebogen

Wie haben Sie bisher den Mundgeruch bekämpft?	<input type="radio"/> Gar nicht <input type="radio"/> Mundwasser <input type="radio"/> Kaugummi <input type="radio"/> Bonbons <input type="radio"/> Vermeidung gewisser Nahrungsmittel welche: _____ <input type="radio"/> Anderes: _____
Waren Sie schon bei anderen Ärzten wegen Ihres Mundgeruchs (z.B. Zahnarzt, Hausarzt, Hals-Nasen-Ohren-Arzt/ORL)?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja, wann? _____ Wenn ja, welcher Arzt/welche Ärzte: <input type="radio"/> Zahnarzt <input type="radio"/> Hausarzt <input type="radio"/> Hals-Nasen-Ohren-Arzt <input type="radio"/> Internist <input type="radio"/> anderer Arzt: _____
Was wurde bei diesem Arzt/diesen Ärzten wegen Ihres Mundgeruchs unternommen?	<input type="radio"/> Untersuchung des Mundes <input type="radio"/> Untersuchung des Halses <input type="radio"/> Untersuchung der Nasennebenhöhlen <input type="radio"/> Untersuchung des Magens <input type="radio"/> Untersuchung des Blutes <input type="radio"/> Röntgenbilder <input type="radio"/> Gastroskopie / Magenspiegelung <input type="radio"/> Eine zahnärztliche Behandlung <input type="radio"/> Anderes: _____
Sind Sie von diesen Ärzten Medikamente oder andere Präparate verschrieben oder empfohlen worden?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja, welche? <input type="radio"/> Antibiotika <input type="radio"/> Medikamente gegen Magensäure <input type="radio"/> Mundwasser <input type="radio"/> Lutschtabletten <input type="radio"/> Andere: _____
Wurde Ihre Mundgeruch auch bei einem alternativen oder ganzheitlichen Arzt behandelt (Chiropraktiker, Homöopathie)?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja, welche Art der Behandlung? _____

Mundgeruch-Fragebogen

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