

## Mundgeruch ■ Fragebogen

Name:

Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Woher wissen Sie, dass Sie Mundgeruch haben?

- Nichtverbale Körpersprache anderer Leute
- Jemand hat es mir gesagt
- Ich weiß es einfach

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

- vor ..... Jahren
- vor ..... Monaten
- vor ..... Wochen

Wie intensiv denken Sie ist Ihr Mundgeruch?

- stark
- durchschnittlich
- schwach

Nennen Sie Situationen, bei denen Ihnen bewusst wurde, dass Sie Mundgeruch haben?

.....

Wie viel Stress haben Sie?

- sehr viel
- viel
- durchschnittlich
- wenig

Wann haben Sie häufiger oder stärker Mundgeruch?

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

Wie oft haben Sie Mundgeruch?

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



Rauchen Sie?

- Nein
- Ja
- Wenn ja, wieviele 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 so genau wie möglich (Beispiele: bitter, brennend, faul, blumig, fruchtig, Knoblauch, ranzig, stinkend, ...)

.....

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

.....

Wie weit kann man Ihren Mundgeruch wahrnehmen?

- 30 cm
- 1 Meter
- weiter als 1 Meter

Können Sie Beläge auf Ihren Zähnen feststellen?

- Ja
- Nein

Wie oft putzen Sie die Zähne am Tag?

..... pro Tag

Haben Sie Zahnfleischbluten

- Ja
- Nein

Benutzen Sie Zahnseide?

- Ja
  - Nein
- Wenn ja, wie oft? ..... mal pro .....

Benutzen Sie Mundwasser?

- Ja
  - Nein
- Wenn ja, wie oft? ..... mal pro .....
- Name des Mundwassers .....

Haben Sie Allergien?

- Ja
  - Nein
- Wenn ja, gegen was? .....

Sind Sie häufig verschnupft?  
Müssen Sie häufig Ihre Nase reinigen?

- Ja
- Nein



Leiden Sie manchmal unter Mundtrockenheit?

- Ja
- Nein

Wenn ja, wie oft? ..... mal pro .....

---

Glauben Sie, dass Sie momentan Mundgeruch haben?

- Ja
  - Nein
- 

Nehmen Sie zur Zeit folgende Medikamente ein?

- Antibiotika
- Asthma-Spray
- Mittel gegen Magensäure
- Antidepressiva
- Andere Medikamente

welche .....

---

Woher kommt Ihrer Meinung nach der Geruch?

- vom Mund
  - von der Nase
  - von beiden
- 

Welche Ursache(n) glauben Sie sind bei Ihnen für den Mundgeruch verantwortlich?

.....

.....

---

Wie haben sie bisher den Mundgeruch bekämpft?

- Gar nicht
- Mundwasser
- Kaugummi
- „Bonbons“
- Vermeidung gewisser Nahrungsmittel

welche .....

Anderes .....

---

Waren Sie schon bei anderen Ärzten wegen ihres Mundgeruchs (z.B. Zahnarzt, Hausarzt, Hals-Nasen-Ohren-Arzt, ...)?

- Nein
- Ja

Wenn ja, wann? .....

- Zahnarzt
- Hausarzt
- Hals-Nasen-Ohren-Arzt
- Internist
- anderer Arzt

welcher .....

.....

---

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

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



Haben Sie von diesen Ärzten Medikamente oder andere Präparate verschrieben oder empfohlen bekommen?

- Nein  
 Ja

Wenn ja, welche? .....

- Antibiotika  
 Medikamente gegen Magensäure  
 Mundwasser  
 Lutschtabletten  
 Andere .....

Wurde Ihr Mundgeruch auch bei einem alternativen oder ganzheitlichen Arzt behandelt (Chiropraktiker, Homöopathie, ...)?

- Nein  
 Ja

Wenn ja, welche Art der Behandlung?

.....

Hatten Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?

- Nasen-Nebenhöhlenentzündung  
 Erkrankung der Nase  
 Magenprobleme  
 Lungen- oder Bronchialerkrankung  
 Lebererkrankung  
 Mundtrockenheit  
 Erkrankung des Gemüts  
 Andere .....

Machen Sie eine spezielle Diät?

- Nein  
 Ja

Wenn ja, welche? .....

Haben Sie eines der folgenden Probleme durch schlechten Atem?

- Ich vermeide es, mit anderen Menschen zu sprechen  
 Ich bin gehemmt, wenn jemand in meine Nähe kommt  
 Ich mag keine anderen Menschen treffen  
 Ich kann nicht mit Menschen in nähere Beziehung treten  
 Andere Menschen meiden mich  
 Andere .....

Nein, ich habe keines dieser Probleme

Waren Sie betroffen über die Reaktion anderer Menschen wegen Ihres schlechten Atems?

- Nein  
 Ja

Wenn ja, welche Reaktion löste ihr Atem aus?

.....

Sind Sie sicher, dass diese Reaktion durch das Problem Ihres Atems ausgelöst wurde?

- Nein  
 Ja

Datum: .....