

## 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: .....