

Mundgeruch Fragebogen

Wann haben Sie zum ersten Mal gemerkt, dass Sie schlechten Atem haben?

Vor _____ Jahren

Woher wissen Sie, dass Sie Mundgeruch haben?

- Körpersprache anderer Leute
- jemand hat es mir gesagt
- ich weiß es einfach

Wie intensiv ist ihr Mundgeruch?

- stark
- durchschnittlich
- schwach

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

Wie häufig essen Sie pro Tag?

Wie oft trinken Sie pro Tag?

Wann haben Sie häufiger oder stärker Mundgeruch?

- nach dem Aufwachen
- wenn ich Hunger oder Durst habe
- wenn ich bestimmte Lebensmittel zu mir nehme
- 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

Schnarchen Sie?

- ja
- nein

Haben Sie oft Schnupfen?

- ja wie oft? _____
- nein

Was machen Sie beruflich?

Stresst Sie Ihre berufliche Tätigkeit?

- ja
- nein

Mundgeruch Fragebogen

Wie viel Stress haben Sie?

- sehr viel
- viel
- wenig
- durchschnittlich

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

- ja
- nein

Rauchen Sie?

- ja
- nein

Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich? _____

Wie weit kann man Ihren Mundgeruch wahrnehmen?

- 30 Zentimeter
- einen Meter
- weiter als einen Meter

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

Beschreiben Sie Ihren Mundgeruch so genau wie möglich:

(z.B.: bitter, brennend, faul, blumig, fruchtig, Knoblauch, ranzig, sauer, stinkend, süß)

Wie oft putzen Sie die Zähne am Tag? _____ mal pro Tag

Können Sie Beläge auf Ihrer Zunge feststellen?

- Ja
- nein

Haben Sie Zahnfleischbluten?

- ja
- nein

Benutzen Sie Zahnseide?

- ja, wie oft? _____
- nein

Reinigen Sie Ihre Zunge?

- ja, womit? _____
- jein

Benutzen Sie Mundwasser?

- ja
- nein

Wenn ja, wie oft? _____ mal pro _____

Welches Mundwasser benutzen Sie? _____

Mundgeruch Fragebogen

Leiden Sie manchmal an Mundtrockenheit?

- ja
 nein

Wenn ja, wie oft? _____ mal pro _____

Glauben Sie, dass Sie momentan Mundgeruch haben?

- ja
 nein

Woher kommt Ihrer Meinung nach Ihr Geruch?

- vom Mund
 von der Nase
 von beidem

Nehmen Sie zur Zeit folgende Medikamente zu sich?

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

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

Sind Sie häufig verschnupft?

- ja
 nein

Müssen Sie häufig Ihre Nase reinigen?

- ja
 nein

Haben Sie Allergien?

- ja, gegen was? _____
 nein

Wie haben Sie bisher den Mundgeruch bekämpft?

- gar nicht
 Mundwasser
 Kaugummi
 mit Bonbons
 Vermeidung gewisser Nahrungsmittel
 welche?

 Anderes?

Ist bei Ihnen in der Vergangenheit eine Parodontitis-Behandlung durchgeführt worden?

- wenn ja, wann? _____
 nein

Mundgeruch Fragebogen

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

ja, wann? _____

Bei welchem Arzt? HNO/ Oral...?) _____

nein

Was wurde bei diesem Arzt wegen Ihres Mundgeruchs unternommen?

- Untersuchung des Mundes
- Untersuchung des Halses
- Untersuchung der Nasennebenhöhlen
- Unters. des Magens, z.B. Magenspiegelung
- Untersuchung des Blutes
- Röntgenbilder
- eine zahnärztliche Behandlung
- Anderes _____

Sind Ihnen von diesen Ärzten Medikamente oder andere Präparate verschrieben oder empfohlen worden?

- ja
- nein
- wenn ja ,welche?
- Antibiotika
- Medikamente gegen Magensäure
- Mundwasser
- Lutschtabletten
- Andere _____

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

- ja
- nein

wenn ja, welche Art der Behandlung?

Machen Sie eine Diät?

- ja
- nein

wenn ja, welche ?

Hatten Sie jemals eine der folgenden Beschwerden?

- Nasennebenhöhlenentzündung
- Erkrankung der Nase
- Magenprobleme
- Lungen- oder Bronchialerkrankung
- Lebererkrankung
- Erkrankung des Gemüts
- Andere _____

Mundgeruch Fragebogen

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 Beziehungen treten.
- Andere Menschen meiden mich.
- Anderes: _____
- Nein, ich habe keines dieser Probleme.

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

- ja
- nein

Wenn ja, welche Reaktion löste Ihr Atem aus? _____

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

- ja
- nein

Name und Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Straße: _____

Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Termin der Behandlung: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

- ⇒ **Wir möchten Sie bitten, diesen Fragebogen in aller Ruhe auszufüllen.**
- ⇒ **Fragen, die Sie nicht beantworten können, lassen Sie bitte aus, wir besprechen diese Fragen dann während der Behandlung mit Ihnen.**
- ⇒ **Senden Sie uns den Fragebogen ausgefüllt bis spätestens eine Woche vor Ihrem Behandlungstermin an unsere Praxis zurück.**
- ⇒ **Wir freuen uns auf Ihren Besuch.**

Ihre Zahnärzte am Sand