



Mundgeruch-Fragebogen

Woher wissen Sie, dass Sie Mundgeruch haben?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nichtverbale Körpersprache anderer Leute Jemand hat es mir gesagt Ich weiss es einfach
Wie intensiv denken Sie ist Ihr Mundgeruch?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	stark durchschnittlich schwach
Wann haben Sie häufiger oder stärkeren Mundgeruch?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nach dem Aufwachen wenn ich Hunger oder Durst habe wenn ich müde bin den ganzen Tag bei der Arbeit Sonstiges
Haben Sie eines der folgenden Probleme durch schlechten Atem?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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
Hatten Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nasen- Nebenhöhlenentzündung Erkrankung der Nase Magenprobleme Lungen- oder Bronchialerkrankung Lebererkrankung Mundtrockenheit Erkrankungen des Gemüts andere:
Waren Sie schon bei anderen Ärzten wegen Ihres Mundgeruchs (z. B. Zahnarzt, Hausarzt, Hals-Nasen-Ohren-Arzt, ...)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nein Ja Wenn ja, wann? <i>Wenn ja, welcher Arzt/welche Ärzte:</i> Zahnarzt Hausarzt Hals-Nasen-Ohren-Arzt Internist anderer Arzt:
Was wurde bei diesem Arzt/diesen Ärzten wegen Ihres Mundgeruchs unternommen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Untersuchung des Mundes Untersuchung des Halses Untersuchung der Nasennebenhöhlen Untersuchung des Magens Untersuchung des Blutes Röntgenbilder Gastroskopie / Magenspiegelung eine zahnärztliche Behandlung Anderes:

Sind Sie von diesen Ärzten Medikamente oder andere Präparate verschrieben oder empfohlen worden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nein Ja <i>Wenn ja, welche?</i> Antibiotika Medikamente gegen Magensäure Mundwasser Lutschtabletten andere:
Wie viel Stress haben Sie?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sehr viel durchschnittlich wenig
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nein Ja Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?
Wie weit kann man Ihren Mundgeruch wahrnehmen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	30 Zentimeter einen Meter weiter als einen Meter
Können Sie Beläge auf Ihrer Zunge feststellen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja Nein
Wie oft putzen Sie die Zähne am Tag?	 mal pro Tag
Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja Nein
Benutzen Sie Zahnseide?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nein Ja Wenn ja, wie oft?mal pro
Benutzen Sie Mundwasser?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nein Ja Wenn ja, wie oft? mal pro Name des Mundwassers
Sind Sie häufig verschnupft? Müssen Sie häufig Ihre Nase reinigen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja Nein
Leiden Sie manchmal unter Mundtrockenheit?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja Nein Wenn ja, wie oft?mal pro
Nehmen Sie zur Zeit folgende Medikamente zu sich?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Antibiotika Asthma-Spray Mittel gegen Magensäure Antidepressiva andere Medikamente:
Wie haben Sie bisher den Mundgeruch bekämpft?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	gar nicht Mundwasser Kaugummi „Bonbons“ Vermeidung gewisser Nahrungsmittel welche: anderes:
Machen Sie eine spezielle Diät?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nein Ja Wenn ja, welche?