

## Mundgeruch Fragebogen

<b>Woher wissen Sie, dass Sie Mundgeruch haben?</b>	<input type="checkbox"/> Nonverbale Körpersprache der Anderen <input type="checkbox"/> jemand hat es mir gesagt <input type="checkbox"/> Ich weiss es einfach
<b>Wie lange ist Ihnen Ihr Mundgeruch schon bewusst?</b>	<input type="checkbox"/> Seit Wochen <input type="checkbox"/> Seit Monaten <input type="checkbox"/> Seit Jahren
<b>Wie oft haben Sie Mundgeruch?</b>	<input type="checkbox"/> 1 mal pro Monat <input type="checkbox"/> 1 mal pro Woche <input type="checkbox"/> 3 mal pro Woche <input type="checkbox"/> Täglich <input type="checkbox"/> Dauernd
<b>Wie intensiv, Ihrer Einschätzung nach, ist Ihr Mundgeruch?</b>	<input type="checkbox"/> sehr stark <input type="checkbox"/> durchschnittlich <input type="checkbox"/> schwach
<b>Glauben Sie, dass Sie momentan Mundgeruch haben?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
<b>Haben Sie gehäuft Mundgeruch zu einer bestimmten Tageszeit?</b>	<input type="checkbox"/> Nach dem Aufwachen <input type="checkbox"/> Wenn hungrig <input type="checkbox"/> Wenn müde <input type="checkbox"/> Wenn durstig <input type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Ganztags <input type="checkbox"/> Wenn ich mit anderen Menschen rede <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<b>Schreiben Sie Situationen auf, bei denen Ihnen bewusst wurde, dass Sie Mundgeruch haben:</b>	_____ _____ _____
<b>Beschreiben Sie Ihren Mundgeruch so genau wie möglich:</b>	<input type="checkbox"/> bitter <input type="checkbox"/> brennend <input type="checkbox"/> faul <input type="checkbox"/> fischig <input type="checkbox"/> blumig <input type="checkbox"/> fruchtig <input type="checkbox"/> ranzig <input type="checkbox"/> fäkal <input type="checkbox"/> sauer <input type="checkbox"/> stinkend <input type="checkbox"/> süsslich <input type="checkbox"/> „knoblauchig“

<p><b>Auf welche Distanz kann man Ihren Mundgeruch wahrnehmen?</b></p>	<p> <input type="checkbox"/> auf 30cm  <input type="checkbox"/> auf 1m  <input type="checkbox"/> auf 1.5m  <input type="checkbox"/> mehr als 1.5m         </p>
<p><b>Kommt Ihrer Meinung nach Ihr Geruch von Mund, Nase oder beidem?</b></p>	<p> <input type="checkbox"/> Mund  <input type="checkbox"/> Nase  <input type="checkbox"/> Beides         </p>
<p><b>Können Sie Beläge auf Ihrer Zunge feststellen?</b></p>	<p> <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja         </p>
<p><b>Hat Ihr Mundgeruch einen Einfluss auf Ihr Sozialleben?</b></p>	<p> <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja      Wie: _____         </p>
<p><b>Wie hoch schätzen Sie Ihren Stressstatus ein?</b></p>	<p> <input type="checkbox"/> sehr hoch  <input type="checkbox"/> hoch  <input type="checkbox"/> gering  <input type="checkbox"/> keinen         </p>
<p><b>Was machen Sie beruflich?</b></p>	<p>_____</p>
<p><b>Womit reinigen Sie ihre Zähne?</b></p>	<p> <input type="checkbox"/> Handzahnbürste  <input type="checkbox"/> elektrische Zahnbürste  <input type="checkbox"/> Zahnpaste: _____  <input type="checkbox"/> Zahnseide  <input type="checkbox"/> Interdentalbürstchen  <input type="checkbox"/> Zungenreiniger  <input type="checkbox"/> Mundwasser: _____  <input type="checkbox"/> Anderes : _____         </p>
<p><b>Wie oft reinigen Sie ihre Zähne?</b></p>	<p> <input type="checkbox"/> Nie  <input type="checkbox"/> einmal täglich  <input type="checkbox"/> zweimal täglich  <input type="checkbox"/> dreimal täglich  <input type="checkbox"/> öfters         </p>
<p><b>Haben Sie Zahnfleischbluten?</b></p>	<p> <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja         </p>
<p><b>Wie haben Sie bisher den Mundgeruch bekämpft?</b></p>	<p> <input type="checkbox"/> gar nicht  <input type="checkbox"/> Mundwasser  <input type="checkbox"/> Kaugummi  <input type="checkbox"/> Bonbons  <input type="checkbox"/> Gurgeln  <input type="checkbox"/> Vermeidung gewisser Nahrungsmittel  <input type="checkbox"/> Reinigung der Interdentalräume  <input type="checkbox"/> Anderes : _____         </p>
<p><b>Sind Sie häufig verschnupft? Müssen Sie häufig Ihre Nase reinigen?</b></p>	<p> <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja         </p>

<b>Atmen Sie regelmässig durch den Mund?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Im Schlaf
<b>Leiden Sie manchmal unter Mundtrockenheit?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja      Wie oft: _____
<b>Haben Sie am morgen den Eindruck eines trockenen Mundes?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
<b>Nehmen sie zurzeit folgendes zu sich?</b>	<input type="checkbox"/> Vitamine <input type="checkbox"/> Abführmittel <input type="checkbox"/> Mittel gegen Magensäure <input type="checkbox"/> Andere : _____
<b>Rauchen Sie?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja      _____ Zigaretten/Tag
<b>Trinken Sie alkoholische Getränke?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja      Was: _____ Wie oft: _____
<b>Was vermuten Sie, ist in Ihrem Fall die Ursache für den Mundgeruch?</b>	_____
<b>Hatten Sie je eine Krankheit wie z.B.:</b>	<input type="checkbox"/> Nasen- oder Nasennebenhöhlenerkrankung <input type="checkbox"/> Magenstörungen <input type="checkbox"/> Lungen- oder Bronchialerkrankungen <input type="checkbox"/> Leberstörungen <input type="checkbox"/> Blutarmut <input type="checkbox"/> Krebs
<b>Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja      Worauf: _____
<b>Haben Sie schon bei anderen Ärzten Rat gesucht?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja      bei wem: _____
<b>Machen Sie eine spezielle Diät?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja      Welche: _____
<b>Für Frauen: Haben Sie den Eindruck, dass der Mundgeruch während der Periode stärker ist?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

**Bitte beachten Sie:**

- |                             |  |
|-----------------------------|--|
| -3 Wochen vor Konsultation: | - keine Antibiotika - Behandlung   |
| -48h vor der Konsultation:  | - keine scharfen oder stark gewürzten Lebensmittel essen<br>- keine Zwiebeln oder Knoblauch konsumieren                            |
| - am Untersuchungstag:      | - keine pfefferminzhaltigen Produkte einnehmen<br>- weder rauchen noch Alkohol trinken<br>- keine parfümierten Kosmetika verwenden |
| -4h vor dem Termin:         | - nichts mehr essen/trinken (nur Wasser)<br>- keine Mundhygiene betreiben  |