

## Fragebogen zur Mundgeruchssprechstunde

Poliklinik für Parodontologie und Zahnerhaltung

Direktor: Prof. Dr. med. dent. B. Ehmke

Warum haben Sie sich entschlossen unsere Mundgeruchssprechstunde aufzusuchen?	<input type="checkbox"/> Empfehlung/ eigenes Interesse <input type="checkbox"/> Überweisung <input type="checkbox"/> Presse <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Fernsehen
Nehmen Sie selbst Ihren Mundgeruch wahr?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie intensiv denken Sie ist Ihr Mundgeruch?	<input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> durchschnittlich <input type="checkbox"/> schwach
Nehmen Personen in Ihrem Umfeld Ihren Mundgeruch wahr?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden Sie von Ihrem Partner auf Ihren Mundgeruch angesprochen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden Sie von anderen Personen, wie zum Beispiel Arbeitskollegen, auf Ihren Mundgeruch angesprochen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beobachten Sie Reaktionen anderer Menschen auf Ihren Mundgeruch?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wird Ihr Leben durch den Mundgeruch beeinflusst?	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> bei der Arbeit <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="checkbox"/>
Haben Sie einen schlechten Geschmack auf der Zunge?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Können Sie Beläge auf Ihrer Zunge feststellen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Leiden Sie unter Mundtrockenheit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Müssen Sie oft viel und lange reden (z.B. Telefonate, Vorträge)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie viel Stress?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schnarchen Sie im Schlaf?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bekommen Sie gut Luft durch die Nase?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wie viel? _____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Wenn ja, welche und wogegen? _____ _____
Wie häufig essen Sie pro Tag?	<input type="checkbox"/> 1x täglich <input type="checkbox"/> 2x täglich <input type="checkbox"/> 3x täglich <input type="checkbox"/> 4x täglich <input type="checkbox"/> Mehr als 4x täglich
Wie viel trinken Sie pro Tag?	<input type="checkbox"/> 1 - 2 Gläser <input type="checkbox"/> 3 - 5 Gläser <input type="checkbox"/> 1 – 2 Flaschen <input type="checkbox"/> mehr als 2 Flaschen
Meiden Sie bestimmte Nahrungsmittel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

<p>Haben Sie den Verdacht, dass bestimmte Nahrungsmittel das Problem verstärken?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, welche _____  _____</p>
<p>Waren Sie schon bei anderen Ärzten wegen Ihres Mundgeruchs (z.B. Zahnarzt, Hausarzt, Hals-Nasen-Ohren-Arzt/ORL, ...)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Wenn ja, wann?.....  <input type="checkbox"/> Wenn ja, welcher Arzt/welche Ärzte:  <input type="checkbox"/> Zahnarzt  <input type="checkbox"/> Hausarzt  <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren-Arzt  <input type="checkbox"/> Internist  <input type="checkbox"/> anderer Arzt: .....</p>
<p>Was wurde bei diesem Arzt/diesen Ärzten wegen Ihres Mundgeruchs unternommen?</p>	<p><input type="checkbox"/> Untersuchung des Mundes  <input type="checkbox"/> Untersuchung des Halses  <input type="checkbox"/> Untersuchung der Nasennebenhöhlen  <input type="checkbox"/> Untersuchung des Magens  <input type="checkbox"/> Untersuchung des Blutes  <input type="checkbox"/> Röntgenbilder  <input type="checkbox"/> Gastroskopie / Magenspiegelung  <input type="checkbox"/> Eine zahnärztliche Behandlung  <input type="checkbox"/> Anderes:  <input type="checkbox"/> .....</p>
<p>Sind Ihnen von diesen Ärzten Medikamente oder andere Präparate verschrieben oder empfohlen worden?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?  <input type="checkbox"/> Antibiotika  <input type="checkbox"/> Medikamente gegen Magensäure  <input type="checkbox"/> Mundwasser  <input type="checkbox"/> Lutschtabletten  <input type="checkbox"/> Andere:  <input type="checkbox"/> .....</p>
<p>Trat eine Besserung ein?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Wurde von einem der Ärzte eine Beurteilung der Geruchsstärke durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Lassen Sie regelmäßig Ihre Zähne reinigen?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein</p>

