

PAN Zahnheilkunde

Dr. med. dent. E. Eichhorn

Dr. med. dent. A. Teymourtash

Zeppelinstr. 1 • 50667 Köln • Neumarkt Galerie • Telefon 0221 - 2776 – 410

Mundgeruch Fragebogen

Woher wissen Sie, dass Sie Mundgeruch haben?	<input type="radio"/> Nichtverbale Körpersprache anderer Leute <input type="radio"/> Jemand hat es mir gesagt <input type="radio"/> Ich weiss es einfach
Wann haben sie das erste Mal gemerkt, dass Sie schlechten Atem haben?	<input type="radio"/> vor Jahren <input type="radio"/> vor Monaten <input type="radio"/> vor Wochen
Wie intensiv denken Sie ist Ihr Mundgeruch?	<input type="radio"/> stark <input type="radio"/> durchschnittlich <input type="radio"/> schwach
Nennen Sie Situationen, bei denen Ihnen bewusst wurde, dass Sie Mundgeruch haben:
Wie viel Stress haben Sie?	<input type="radio"/> sehr viel <input type="radio"/> viel <input type="radio"/> durchschnittlich <input type="radio"/> wenig
Wann haben Sie häufiger oder stärkeren Mundgeruch?	<input type="radio"/> nach dem Aufwachen <input type="radio"/> wenn ich Hunger oder Durst habe <input type="radio"/> wenn ich müde bin <input type="radio"/> den ganzen Tag <input type="radio"/> bei der Arbeit <input type="radio"/> wenn ich mit anderen Menschen spreche <input type="radio"/> Sonstiges
Wie oft haben Sie Mundgeruch?	<input type="radio"/> einmal im Monat <input type="radio"/> einmal pro Woche <input type="radio"/> täglich <input type="radio"/> immer
Rauchen Sie?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?
Was machen Sie beruflich?	Stresst Sie Ihre berufliche Tätigkeit? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Können Sie einen Zusammenhang zwischen Ihrer Arbeit und dem Mundgeruch erkennen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Beschreiben Sie Ihren Mundgeruch so genau wie möglich (Beispiele: bitter, brennend, faul, blumig, fruchtig, Knoblauch, faekal, ranzig, stinkend, süß):
Wie weit kann man Ihren Mundgeruch wahrnehmen?	<input type="radio"/> 30 Zentimeter <input type="radio"/> einen Meter <input type="radio"/> weiter als einen Meter
Können Sie Beläge auf Ihrer Zunge feststellen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wie oft putzen Sie die Zähne am Tag? mal pro Tag
Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Benutzen Sie Zahnseide?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja, wie oft? mal pro
Benutzen Sie Mundwasser?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja, wie oft? mal pro Name des Mundwassers
Haben Sie Mundwasser?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja, gegen was?
Sind Sie häufig verschnupft? Müssen Sie häufig Ihre Nase reinigen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Leiden Sie manchmal unter Mundtrockenheit?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja, wie oft? mal pro
Glauben Sie, dass Sie momentan Mundgeruch haben?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Nehmen Sie zur Zeit folgende Medikamente zu sich?	<input type="radio"/> Antibiotika <input type="radio"/> Asthma-Spray <input type="radio"/> Mittel gegen Magensäure <input type="radio"/> Antidepressiva <input type="radio"/> Andere Medikamente

Woher kommt Ihrer Meinung nach Ihr Geruch?	<input type="radio"/> vom Mund <input type="radio"/> von der Nase <input type="radio"/> von beidem
Welche Ursache(n) glauben Sie sind bei Ihnen für den Mundgeruch verantwortlich?
Wie haben Sie bisher den Mundgeruch bekämpft?	<input type="radio"/> Gar nicht <input type="radio"/> Mundwasser <input type="radio"/> Kaugummi <input type="radio"/> „Bonbons“ <input type="radio"/> Vermeidung gewisser Nahrungsmittel welche
Wie haben Sie bisher den Mundgeruch bekämpft?	<input type="radio"/> Anderes:
Waren Sie schon bei anderen Ärzten wegen Ihres Mundgeruchs (z.B. Zahnarzt, Hausarzt, Hals-Nasen-Ohrenarzt,.....)?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja, wann?..... Wenn ja, welcher Arzt/ welche Ärzte? <input type="radio"/> Zahnarzt <input type="radio"/> Hausarzt <input type="radio"/> Hals-Nasen-Ohren-Arzt <input type="radio"/> anderer Arzt:
Was wurde bei diesem Arzt/ diesen Ärzten wegen Ihres Mundgeruchs unternommen?	<input type="radio"/> Untersuchung des Mundes <input type="radio"/> Untersuchung des Halses <input type="radio"/> Untersuchung der Nasennebenhöhlen <input type="radio"/> Untersuchung des Magens <input type="radio"/> Untersuchung des Blutes <input type="radio"/> Röntgenbilder <input type="radio"/> Gastroskopie / Magenspiegelung <input type="radio"/> Eine zahnärztliche Behandlung <input type="radio"/> Anderes:
Sind Sie von diesen Ärzten Medikamente oder andere Präparate verschrieben oder empfohlen worden?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja, welche? <input type="radio"/> Antibiotika <input type="radio"/> Medikamente gegen Magensäure <input type="radio"/> Mundwasser <input type="radio"/> Lutschtabletten <input type="radio"/> Andere:
Wurde Ihr Mundgeruch auch bei einem alternativen oder ganzheitlichen Arzt behandelt (Chiropraktiker, Homöopathie,.....)?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja, welche Art der Behandlung?

<p>Hatten Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?</p>	<p> <input type="radio"/> Nasen-Nebenhöhlenentzündung <input type="radio"/> Erkrankung der Nase <input type="radio"/> Magenprobleme <input type="radio"/> Lungen- oder Bronchialerkrankung <input type="radio"/> Lebererkrankung <input type="radio"/> Mundtrockenheit <input type="radio"/> Erkrankungen des Gemüts <input type="radio"/> Andere: </p>
<p>Machen Sie eine spezielle Diät?</p>	<p> <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja, welche? </p>
<p>Haben Sie eines der folgenden Probleme durch schlechten Atem?</p>	<p> <input type="radio"/> Ich vermeide es, mit anderen Menschen zu Sprechen <input type="radio"/> Ich bin gehemmt, wenn jemand in meine Nähe kommt <input type="radio"/> Ich mag keine anderen Menschen treffen <input type="radio"/> Ich kann nicht mit Menschen in nähere Beziehung treten <input type="radio"/> Andere Menschen meiden mich <input type="radio"/> Andere: <input type="radio"/> Nein, ich habe keines dieser Probleme </p>
<p>Waren Sie betroffen über die Reaktion anderer Menschen wegen Ihres schlechten Atems?</p>	<p> <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja, welche Reaktion löste Ihr Atem aus? </p>
<p>Sind Sie sicher, dass diese Reaktion durch das Problem Ihres Atems ausgelöst wurde?</p>	<p> <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja </p>