

# Mundgeruch (Halitosis)-Fragebogen



Name: \_\_\_\_\_, Datum: \_\_\_\_\_

<p>Woher wissen Sie, dass Sie Mundgeruch haben?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> nichtverbale Körpersprache anderer Leute</li> <li><input type="radio"/> jemand hat es mir gesagt</li> <li><input type="radio"/> Ich weiss es einfach</li> </ul>
<p>Wann haben Sie das erste Mal gemerkt, dass Sie schlechten Atem haben?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> vor..... Jahren</li> <li><input type="radio"/> vor ..... Monaten</li> <li><input type="radio"/> vor ..... Wochen</li> </ul>
<p>Wie intensiv denken Sie ist Ihr Mundgeruch?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> stark</li> <li><input type="radio"/> durchschnittlich</li> <li><input type="radio"/> schwach</li> </ul>
<p>Nennen Sie Situationen, bei denen Ihnen bewusst wurde, dass Sie Mundgeruch haben:</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Wie viel Stress haben Sie?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> sehr viel</li> <li><input type="radio"/> viel</li> <li><input type="radio"/> durchschnittlich</li> <li><input type="radio"/> wenig</li> </ul>
<p>Wann haben Sie häufiger oder stärkeren Mundgeruch?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> nach dem Aufwachen</li> <li><input type="radio"/> wenn ich Hunger habe</li> <li><input type="radio"/> wenn ich müde bin</li> <li><input type="radio"/> den ganzen Tag</li> <li><input type="radio"/> bei der Arbeit</li> <li><input type="radio"/> wenn ich mit anderen Menschen spreche</li> <li><input type="radio"/> Sonstiges .....</li> </ul>
<p>Wie oft haben Sie Mundgeruch?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> einmal im Monat</li> <li><input type="radio"/> einmal in der Woche</li> <li><input type="radio"/> täglich</li> <li><input type="radio"/> immer</li> </ul>
<p>Rauchen Sie?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Nein</li> <li><input type="radio"/> Ja</li> </ul>



	Name des Produkts:.....
Haben Sie Allergien?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja wenn ja, gegen was?: ..... ..... ..... ..... .....
Sind Sie häufig verschnupft? Müssen Sie häufig die 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 ein?	<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, und zwar:.....

	<input type="radio"/> anderes: .....
Waren Sie schon bei anderen Ärzten wegen Ihres Mundgeruchs ?	<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"/> Internist <input type="radio"/> anderer :.....
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"/> Röntgenbild(er) <input type="radio"/> Gastroskopie /Magenspiegelung <input type="radio"/> eine zahnärztliche Behandlung <input type="radio"/> anderes:.....
Sind von diesem Arzt/ 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, und zwar: ..... .....
Wurde Ihr Mundgeruch auch bei einem alternativen oder ganzheitlichen Arzt behandelt? (Chiropraktiker, Homöopath,.....?)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja wenn ja, bei wem ?..... welche Art der Behandlung? ..... .....
	<input type="radio"/> Nasen-Nebenhöhlen <input type="radio"/> Erkrankung der Nase <input type="radio"/> Magenprobleme

Hatten Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?	<input type="radio"/> Lungen- oder Bronchialerkrankung <input type="radio"/> Lebererkrankung <input type="radio"/> Mundtrockenheit <input type="radio"/> Erkrankung des Gemüts <input type="radio"/> Andere: .....
Machen Sie eine spezielle Diät?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja wenn ja, welche?:.....
Haben Sie folgende Probleme durch schlechten Atem?	<input type="radio"/> Ich vermeide es, mit anderem 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"/> Anderes:..... <input type="radio"/> Nein, ich habe keines dieser Probleme
Waren Sie betroffen über die Reaktion anderer Menschen wegen Ihres schlechten Atems?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja wenn ja, welche Reaktion löste Ihr Atem aus? ..... ..... .....
Sind Sie sicher, dass diese Reaktion durch das Problem Ihres Atems ausgelöst?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Gibt es irgendeine Information zum Thema, die in diesem Fragebogen nicht aufgeführt ist, die Sie uns jedoch noch mitteilen möchten?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, und zwar: ..... ..... .....

-----  
-  
**Bitte beachten Sie folgendes vor der nächsten Untersuchung:**

**drei Wochen vor der Untersuchung:**

- keine Antibiotika-Behandlung

**48 Stunden vor der Untersuchung:**

- keine scharfen oder stark gewürzten Sachen essen
- keine Zwiebeln und Knoblauch essen

**12 Stunden vor der Untersuchung:**

- nichts mehr essen oder trinken
- keine Mundhygiene mehr betreiben
- keine Mundspülungen verwenden
- keine pfefferminzhaltigen Produkte einnehmen
- weder rauchen noch Alkohol trinken
- keine parfümierte Kosmetika (After-Shave, Parfüm, Eau de Toilette, Deo, usw.) verwenden