

Halitosis-Sprechstunde Fragebogen



NAME

VORNAME

DATUM

Woher wissen Sie, dass Sie Mundgeruch haben?

- durch das Verhalten der Mitmenschen
- jemand hat es mir gesagt
- ich weiß es einfach

Haben Sie schlechten Geschmack im Mund?

- nein
- ja: _____

Wie intensiv schätzen Sie Ihren Mundgeruch ein?

- stark
- mittel
- schwach

Beschreiben Sie Ihren Mundgeruch

- bitter
- süß
- knoblauchartig
- brennend
- stinkend
- _____

Wann haben Sie hauptsächlich Mundgeruch?

- nach dem Aufwachen
- wenn ich müde bin
- wenn ich mit anderen Menschen spreche
- andere Umstände: _____
- wenn ich Hunger oder Durst habe
- den ganzen Tag
- bei der Arbeit/Schule

Woher kommt Ihrer Meinung nach der Geruch?

- Mund
- Hals/Rachen
- Nase
- Magen

Rauchen Sie?

- ja
- nein
- gelegentlich _____
- Anzahl: _____

Hatten Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?

- Nasen-/Nebenhöhlenentzündung
- Lebererkrankungen
- psychische Erkrankungen
- Schnarchen
- Schleimiger Hals / 🐸
- Magenprobleme / Reflux
- Lungen-/Bronchialerkrankungen
- Mundtrockenheit
- Nasentrockenheit

Nennen Sie Situationen, in welchen Ihnen bewusst wurde, dass Sie Mundgeruch haben:

Halitosis-Sprechstunde Fragebogen



Wie oft haben Sie Mundgeruch?

1x / Monat

1x / Tag

täglich

immer

Wie viel Stress haben Sie?

sehr viel

viel

durchschnittlich

wenig/gar nicht

Was machen Sie beruflich? _____

Stresst Sie Ihre berufliche Tätigkeit?

ja

nein

Hat Ihr Mundgeruch Einfluss auf Ihr Sozialleben? Wenn ja, welchen?

Wie weit kann man Ihren Mundgeruch wahrnehmen?

< 30 cm

1 m

> 1 m

Können Sie Beläge auf Ihrer Zunge feststellen?

ja

nein

Wie oft putzen Sie Ihre Zähne?

_____ pro Tag

Benutzen Sie regelmäßig Zahnseide oder ähnliche

ja

nein

Hilfsmittel? Wenn ja, wie oft und welches?

_____ pro _____ / _____

Benutzen Sie Mundwasser?

ja

nein

Wenn ja, wie oft und welches?

_____ pro _____ / _____

Haben Sie Zahnfleischbluten?

ja

nein

Wann war Ihre letzte PZR? _____

Hatten Sie eine Parodontitisbehandlung?

ja

nein

Befolgen Sie eine bestimmte Diät?

ja: _____

nein

Wie ist Ihre Ernährung? (Zucker-, Eiweiß-lastig, etc.)

Wieviel trinken Sie täglich? Was trinken Sie?

_____ Liter/Tag _____

Glauben Sie, dass Sie momentan Mundgeruch haben?

ja

nein

Halitosis-Sprechstunde Fragebogen



Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- Antibiotika
- Asthma-Spray
- Anderes: _____
- Antidepressiva
- Mittel gegen Magensäure

Waren Sie bei anderen Ärzten wegen Ihres Mundgeruchs?

- ja: Hausarzt HNO-Arzt Internist anderer: _____
- nein

Welche Maßnahmen wurden ergriffen? _____

Wurden Ihnen von diesen Ärzten Medikamente andere Präparate verschrieben? ja nein

- ja: Antibiotika Lutschtabletten Medikament gegen Magensäure
- Mundwasser andere: _____

Wurde Ihr Mundgeruch von alternativen oder ganzheitlichen Ärzten behandelt?

- ja: _____
- nein

Haben Sie eines der folgenden Probleme durch schlechten Atem?

- 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.
- Ich meide Menschen.
- Andere: _____
- Nein, ich habe keines dieser Probleme.

Notizen:
