

Woher wissen Sie, dass Sie Mundgeruch haben?

Nichtverbale Körpersprache anderer Leute  
Jemand hat es mir gesagt  
Ich weiss es einfach

Wann haben Sie das erste Mal gemerkt, dass Sie schlechten Atem haben?

vor \_\_\_\_\_ Jahren  
vor \_\_\_\_\_ Monaten  
vor \_\_\_\_\_ Wochen

Wie intensiv denken Sie ist Ihr Mundgeruch?

stark  
durchschnittlich  
schwach

Nennen Sie Situationen, bei denen Ihnen bewusst wurde, dass Sie Mundgeruch haben:

---

Wieviel Stress haben Sie?

sehr viel  
viel  
durchschnittlich  
wenig

Wann haben Sie häufiger oder stärkeren Mundgeruch?

nach dem Aufwachen  
wenn ich Hunger oder Durst habe  
wenn ich müde bin  
den ganzen Tag  
bei der Arbeit  
wenn ich mit anderen Menschen spreche  
Sonstiges \_\_\_\_\_

Wie oft haben Sie Mundgeruch?

einmal im Monat  
einmal pro Woche  
täglich  
immer

Rauchen Sie?

Nein  
Ja  
Wenn Ja, wieviele Zigaretten täglich? \_\_\_\_\_

Was machen Sie beruflich?

---

Stresst Sie Ihre berufliche Tätigkeit?  
Ja  
Nein

Können Sie einen Zusammenhang zwischen Ihrer Arbeit und dem Mundgeruch erkennen?

Ja  
Nein

Beschreiben Sie Ihren Mundgeruch so genau wie möglich (Beispiele: bitter, brennend, faul, blumig, fruchtig, Knoblauch, faekal, ranzig, stinkend, süß):

---

Hat Ihr Mundgeruch Einfluss auf Ihr Privat- oder Sozialleben ? Wenn ja, welchen ?

---

Wie weit kann man Ihren Mundgeruch wahrnehmen?

30 Zentimeter  
einen Meter  
weiter als einen Meter

Können Sie Beläge auf Ihrer Zunge feststellen?

Ja  
Nein

Können Sie Beläge auf Ihrer Zunge feststellen?

Ja          Nein

Haben Sie Zahnfleischbluten?

Ja  
Nein

Benutzen Sie Zahnseide?

Nein  
Ja  
Wenn Ja, wie oft? \_\_\_\_ mal pro \_\_\_\_\_

Benutzen Sie Mundwasser?

Nein  
Ja  
Wenn Ja, wie oft? \_\_\_\_ mal pro \_\_\_\_\_  
Name des Mundwassers? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien?

Nein  
Ja  
Wenn Ja, gegen was? \_\_\_\_\_

Sind Sie häufig verschnupft?

Ja

Müssen Sie häufig Ihre Nase reinigen?

Nein

Leiden Sie manchmal unter Mundtrockenheit?

Nein  
Ja  
Wenn Ja, wie oft? \_\_\_\_ mal pro \_\_\_\_\_

Glauben Sie, dass Sie momentan Mundgeruch haben?

Ja  
Nein

Nehmen Sie zur Zeit folgende Medikamente zu sich?

Antibiotika  
Asthma-Spray  
Mittel gegen Magensäure  
Antidepressiva          andere: \_\_\_\_\_

Woher kommt Ihrer Meinung nach Ihr Geruch?

vom Mund  
von der Nase  
von beidem

Welche Ursache(n) glauben Sie sind bei Ihnen für den Mundgeruch verantwortlich?

---

Wie haben Sie bisher den Mundgeruch bekämpft?

Gar nicht  
Mundwasser  
Kaugummi  
„Bonbons“  
Vermeidung gewisser Nahrungsmittel  
welche: \_\_\_\_\_  
Anderes: \_\_\_\_\_

Waren Sie schon bei anderen Ärzten wegen Ihres Mundgeruchs (z. B . Zahnarzt, Hausarzt, Hals-Nasen-Ohren-Arzt/ORL, ...)?

Nein  
Ja  
Wenn Ja, wann?  
Wenn ja, welcher Arzt/ welche Ärzte?  
Zahnarzt \_\_\_\_\_  
Hausarzt  
Hals-Nasen-Ohren-Arzt  
Internist  
anderer Arzt

Was wurde bei diesem Arzt/diesen Ärzten wegen Ihres Mundgeruchs unternommen?

Untersuchung des Mundes  
Untersuchung des Halses  
Untersuchung der Nasennebenhöhlen  
Untersuchung des Magens  
Untersuchung des Blutes  
Gastroskopie / Magenspiegelung  
Eine zahnärztliche Behandlung  
Anderes: \_\_\_\_\_

Sind Ihnen von diesen Ärzten Medikamente oder andere Präparate verschrieben oder empfohlen worden?

Nein  
Ja  
Wenn Ja, welche?  
Antibiotika  
Medikamente gegen Magensäure  
Mundwasser  
Lutschtabletten  
Andere: \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Mundgeruch auch bei einem alternativen oder ganzheitlichen Arzt behandelt (Chiropraktiker, Homöopathie, .....)?

Nein

Ja

Wenn Ja, welche Art der Behandlung?

---

Hatten Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?

Nasen-Nebenhöhlen-Entzündung

Erkrankung der Nase

Magenprobleme

Lungen- oder Bronchialerkrankung

Lebererkrankung

Mundtrockenheit

Erkrankungen des Gemüts

Andere: \_\_\_\_\_

Machen Sie eine spezielle Diät?

Nein

Ja

Wenn Ja, welche?

---

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

Andere Menschen meiden mich

Andere: \_\_\_\_\_

Nein, ich habe keines dieser Probleme

Waren Sie betroffen über die Reaktion anderer Menschen wegen Ihres schlechten Atems?

Nein

Ja

Wenn Ja, welche Reaktion löste Ihr Atem aus?

---

Sind Sie sicher, dass diese Reaktion durch das Problem Ihres Atems ausgelöst wurde?

Nein

Ja