

Dres. Carola und Werner Krausnick

Prüßentrift 84 - 30657 Hannover
Telefon: 0511 - 65 35 05 - Telefax: 0511 - 65 10 61

Halitosis Fragebogen

Wann haben Sie zum ersten Mal gemerkt,
dass Sie schlechten Atem haben ?

vor _____ Jahren

Woher wissen Sie, dass Sie Mundgeruch haben?

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

Wie intensiv ist ihr Mundgeruch?

- stark
- durchschnittlich
- schwach

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

Wann haben Sie häufiger oder stärker 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

Was machen Sie beruflich ?

Stresst Sie Ihre berufliche Tätigkeit?

ja Nein

Wie viel Stress haben Sie?

sehr viel viel
 wenig durchschnittlich

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

Ja Nein

Rauchen Sie?

Nein Ja

Wenn ja wie viele Zigaretten täglich?

Wie weit kann man Ihren Mundgeruch wahrnehmen? 30 Zentimeter einen Meter weiter als einen Meter

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

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

Wie oft putzen Sie die Zähne am Tag? _____ mal pro Tag

Können Sie Beläge auf Ihrer Zunge feststellen ? Ja Nein

Haben Sie Zahnfleischbluten? Ja Nein

Benutzen Sie Zahnseide? Ja, wie oft? _____ Nein

Reinigen Sie Ihre Zunge? Ja, mit was? _____ Nein

Benutzen Sie Mundwasser? Ja Nein

Wenn Ja, wie oft? _____ mal pro _____ Name des Mundwassers _____

Leiden Sie manchmal an Mundtrockenheit? Ja Nein

Wenn Ja, wie oft? _____ mal pro _____

Glauben Sie, dass Sie momentan Mundgeruch haben ? Ja Nein

Woher kommt Ihrer Meinung nach Ihr Geruch? vom Mund von der Nase von beidem

Nehmen Sie zur Zeit folgende Medikamente zu sich ? Antikiotika Asthma-Spray

Mittel gegen Magensäure Antidepressiva Andere Medikamente _____

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

Sind Sie häufig verschnupft? Ja Nein

Müssen Sie häufig Ihre Nase reinigen ? Ja Nein

Haben Sie Allergien? Ja, gegen was? _____
 Nein

Wie haben Sie bisher den Mundgeruch bekämpft?

- Gar nicht
- Mundwasser
- Kaugummi
- "Bonbons"
- Vermeidung gewisser Nahrungsmittel,
- Welche?

Anderes?

Ist bei Ihnen in der Vergangenheit eine Parodontalbehandlung durchgeführt worden?

wenn ja, wann? _____ nein

Waren Sie schon bei anderen Ärzten wegen Ihres Mundgeruchs (z.B. Zahnarzt, Hausarzt, HNO/ Oral...?)

Ja, wann? _____
Bei welchem Arzt? _____

Nein

Was wurde bei diesem Arzt wegen Ihres Mundgeruchs unternommen?

- Untersuchung des Mundes
- Untersuchung des Halses
- Untersuchung der Nasennebenhöhlen
- Unters. des Magens, z.B. Magenspiegelung
- Untersuchung des Blutes
- Röntgenbilder
- eine zahnärztliche Behandlung
- Anderes _____

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

Ja Nein

Wenn ja ,welche?

- Antibiotika
- Medikamente gegen Magensäure
- Mundwasser
- Lutschtabletten
- Andere _____

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

ja Nein

Wenn ja, welche Art der Behandlung?

Machen Sie eine Diät?

ja

Nein

Wenn ja, welche ?

Hatten Sie jemals eine der folgenden Beschwerden?

- Nasennebenhöhlenentzündung
- Erkrankung der Nase
- Magenprobleme
- Lungen- oder Bronchialerkrankung
- Lebererkrankung
- Erkrankung des Gemüts
- Andere _____

Haben Sie einer 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 Beziehungen treten.
- Andere Menschen meiden mich.
- Anderes: _____

Nein, ich habe keines dieser Probleme.

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

Ja

Nein

Wenn ja, welche Reaktion löste Ihr Atem aus?

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

Ja

Nein

Datum: _____

Unterschrift: _____