



Universitätskliniken für  
Zahnmedizin in Basel  
Prof. Dr. med. dent. Andreas Filippi



## Mundgeruch-Fragebogen

1. 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
2. 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
3. Wie intensiv, denken Sie, ist Ihr Mundgeruch?	<input type="radio"/> stark <input type="radio"/> durchschnittlich <input type="radio"/> schwach
4. Nennen Sie Situationen, bei denen Ihnen bewusst wurde, dass Sie Mundgeruch haben:	
5. Wie viel Stress haben Sie?	<input type="radio"/> sehr viel <input type="radio"/> viel <input type="radio"/> durchschnittlich <input type="radio"/> wenig
6. 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.....
7. 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
8. Rauchen Sie?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, ..... Zigaretten täglich
9. Was machen Sie beruflich?	
10. Stresst Sie Ihre berufliche Tätigkeit?	<input type="radio"/> Ja

	<input type="radio"/> Nein
11. Wie oft putzen Sie die Zähne am Tag?	..... mal pro Tag
12. Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
13. Können Sie einen Zusammenhang zwischen Ihrer Arbeit und dem Mundgeruch erkennen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
14. Beschreiben Sie Ihren Mundgeruch so genau wie möglich (Beispiele: bitter, brennend, faul, blumig, fruchtig, Knoblauch, fäkal, ranzig, stinkend, süß):	
15. Hat Ihr Mundgeruch Einfluss auf Ihr Privat- oder Sozialleben ? Wenn ja, welchen?	
16. Wie weit kann man Ihren Mundgeruch wahrnehmen?	<input type="radio"/> 30 Zentimeter <input type="radio"/> einen Meter <input type="radio"/> weiter als einen Meter
17. Können Sie Beläge auf Ihrer Zunge feststellen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
18. Benutzen Sie Zahnseide?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, ..... mal pro .....
19. Benutzen Sie Mundwasser?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, ..... mal pro ..... Name des Mundwassers:
20. Haben Sie Allergien?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, gegen .....
21. Sind Sie häufig verschnupft? Müssen Sie häufig Ihre Nase reinigen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
22. Leiden Sie manchmal unter Mundtrockenheit?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, ..... mal pro .....
23. Glauben Sie, dass Sie momentan Mundgeruch haben?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
24. 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:
25. Woher kommt Ihrer	<input type="radio"/> vom Mund

Meinung nach Ihr Geruch?	<input type="radio"/> von der Nase <input type="radio"/> von beidem
26. Welche Ursache(n) glauben Sie sind bei Ihnen für den Mundgeruch verantwortlich?	
27. 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: ..... <input type="radio"/> Anderes: .....
28. Waren Sie schon bei anderen Ärzten wegen Ihres Mundgeruchs (z. B. Zahnarzt, Hausarzt, Hals-Nasen-Ohren-Arzt? 29. Wenn ja, wann?..... 30. Wenn ja, welcher Arzt/welche Ärzte:	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja  <input type="radio"/> Zahnarzt <input type="radio"/> Hausarzt <input type="radio"/> Hals-Nasen-Ohren-Arzt <input type="radio"/> Internist <input type="radio"/> anderer Arzt: .....
31. 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: .....
32. Sind Ihnen von diesen Ärzten Medikamente oder andere Präparate verschrieben oder empfohlen worden?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
33. Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> Antibiotika <input type="radio"/> Medikamente gegen Magensäure <input type="radio"/> Mundwasser <input type="radio"/> Lutschtabletten

<p>34. Wurde Ihr Mundgeruch auch bei einem alternativen oder ganzheitlichen Arzt behandelt (Chiropraktiker, Homöopathie)?</p> <p>35. Wenn ja, welche Art der Behandlung?</p>	<p>O Andere: .....</p> <p>O Nein</p> <p>O Ja</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>36. Hatten Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?</p>	<p>O Nasen-Nebenhöhlenentzündung</p> <p>O Erkrankung der Nase</p> <p>O Magenprobleme</p> <p>O Lungen- oder Bronchialerkrankung</p> <p>O Lebererkrankung</p> <p>O Mundtrockenheit</p> <p>O Erkrankungen des Gemüts</p> <p>O Andere: .....</p>
<p>37. Machen Sie eine spezielle Diät?</p>	<p>O Nein</p> <p>O Ja, und zwar .....</p>
<p>38. Haben Sie eines der folgenden Probleme durch schlechten Atem?</p>	<p>O Ich vermeide es, mit anderen Menschen zu sprechen</p> <p>O Ich bin gehemmt, wenn jemand in meine Nähe kommt</p> <p>O Ich mag keine anderen Menschen treffen</p> <p>O Ich kann nicht mit Menschen in nähere Beziehung treten</p> <p>O Andere Menschen meiden mich .....</p> <p>O Andere:.....</p> <p>O Nein, ich habe keines dieser Probleme</p>
<p>39. Waren Sie betroffen über die Reaktion anderer Menschen wegen Ihres schlechten Atems?</p> <p>40. Wenn ja, welche Reaktion löste Ihr Atem aus?</p>	<p>O Nein</p> <p>O Ja</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>41. Sind Sie sicher, dass diese Reaktion durch das Problem Ihres Atems ausgelöst wurde?</p>	<p>O Nein</p> <p>O Ja</p>