



Wydział Stomatologii  
Uniwersytetu w Bazylei

Prof. dr stomatologii Andreas Filippi

## Kwestionariusz dotyczący halitozy



Skąd Pan/i wie, że ma Pan/Pani halitozę?	<input type="radio"/> z niewerbalnych przekazów od innych ludzi <input type="radio"/> ktoś mi powiedział <input type="radio"/> po prostu o tym wiem
Kiedy po raz pierwszy zauważył/a Pan/Pani u siebie przykry zapach z ust?	<input type="radio"/> ..... lat temu <input type="radio"/> ..... miesięcy temu <input type="radio"/> ..... tygodni temu
Na ile – Pana/Pani zdaniem – jest nasilona u Pana/Pani halitoza?	<input type="radio"/> bardzo nasilona <input type="radio"/> średnio nasilona <input type="radio"/> słabo nasilona
Proszę opisać sytuację, w której uświadomił/a sobie Pan/Pani, że występuje u Pana/Pani halitoza: .....	
Czy jest Pan/Pani narażona na stres?	<input type="radio"/> tak, w bardzo dużym stopniu <input type="radio"/> tak <input type="radio"/> tak, niezbyt nasilony <input type="radio"/> w niewielkim stopniu
Kiedy najczęściej doświadcza Pan/Pani halitozy?	<input type="radio"/> po porannym przebudzeniu <input type="radio"/> gdy jestem głodny/a lub spragniony/a <input type="radio"/> kiedy jestem zmęczony/a <input type="radio"/> stale przez cały dzień <input type="radio"/> w pracy <input type="radio"/> gdy rozmawiam z innymi ludźmi <input type="radio"/> w innych sytuacjach .....
Jak często występuje u Pana/Pani halitoza?	<input type="radio"/> raz w miesiącu <input type="radio"/> raz na tydzień <input type="radio"/> codziennie <input type="radio"/> zawsze
Czy pali Pan/Pani papierosy?	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> tak Jeśli tak, to ile papierosów dziennie? .....
Jaki jest Pan/Pani zawód? .....	Czy Pana/Pani praca jest dla Pana/Pani stresująca? <input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie

Czy widzi Pan/Pani związek między swoją pracą a halitozą?	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie
Proszę jak najdokładniej opisać swój nieświeży oddech (np. gorzki, palący, cuchnący, kwiatowy, owocowy, czosnkowy, kałowy, zjełczały, śmierdzący, słodki): .....	
Czy halitoza wpływa na Pana/Pani życie towarzyskie? Jeśli tak, to w jaki sposób? .....	
W jakiej odległości – Pana/Pani zdaniem – jest wyczuwalny u Pana/Pani przykry zapach z ust?	<input type="radio"/> 30 centymetrów <input type="radio"/> metr <input type="radio"/> dalej niż metr
Czy ma Pan/Pani nalot na języku?	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie
Jak często myje Pan/Pani zęby?	..... razy dziennie
Czy Pana/Pani dziąsła krwawią?	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie
Czy używa Pan/Pani nici dentystycznych?	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> tak Jeśli tak, to jak często? ..... razy na .....
Czy używa Pan/Pani płynu do płukania jamy ustnej?	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> tak Jeśli tak, to jak często? ..... razy na ..... marka płynu do płukania jamy ustnej .....
Czy jest Pan/Pani na coś uczulony/a?	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> tak Jeśli tak, to na co? .....
Czy często się Pan/Pani przeziębia? Czy musi Pan/Pani często wydmuchiwać nos?	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie <input type="radio"/> tak
Czy cierpi Pan/Pani na kserostomię - suchość jamy ustnej?	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> tak Jeśli tak, to jak często?.....razy na .....
Czy Pana/Pani zdaniem ma Pan/Pani teraz nieświeży oddech?	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> tak
Czy obecnie stosuje Pan/Pani leki z jednej z następujących grup?	<input type="radio"/> antybiotyki <input type="radio"/> lek przeciwastmatyczny w spreju <input type="radio"/> leki zobojętniające kwas żołądkowy <input type="radio"/> leki przeciwdepresyjne <input type="radio"/> inne leki:.....
Skąd - Pana/Pani zdaniem – pochodzi u Pana/Pani przykry zapach z ust?	<input type="radio"/> z jamy ustnej <input type="radio"/> z nosa <input type="radio"/> z obu tych okolic

<p>Jakie – Pana/Pani zdaniem - są przyczyny występującej u Pana/Pani halitozy?</p> <p>.....</p>	
<p>Jak dotychczas próbował/a Pan/Pani zwalczać u siebie przykry zapach z ust?</p>	<p><input type="checkbox"/> nie podejmowałem/am żadnych takich prób</p> <p><input type="checkbox"/> stosowałem/am płyn do płukania jamy ustnej</p> <p><input type="checkbox"/> stosowałem/am gumę do żucia</p> <p><input type="checkbox"/> jadłem/am słodycze</p> <p><input type="checkbox"/> unikałem/am pewnych artykułów spożywczych a mianowicie: .....</p> <p><input type="checkbox"/> inne: .....</p>
<p>Czy konsultował/a się Pan/Pani z innymi lekarzami z powodu halitozy (np. z dentystą, lekarzem ogólnym, laryngologiem)</p>	<p><input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p>Jeśli tak, to kiedy?.....</p> <p>Jeśli tak to jakiej specjalności byli to lekarze?</p> <p><input type="checkbox"/> stomatolog</p> <p><input type="checkbox"/> lekarz ogólny</p> <p><input type="checkbox"/> laryngolog</p> <p><input type="checkbox"/> internista</p> <p><input type="checkbox"/> inne: .....</p>
<p>Jakie badania lub zabiegi wykonywali ci lekarze w ramach leczenia występującej u Pana/Pani halitozy?</p>	<p><input type="checkbox"/> badanie jamy ustnej</p> <p><input type="checkbox"/> badanie gardła</p> <p><input type="checkbox"/> badanie zatok</p> <p><input type="checkbox"/> badanie brzucha</p> <p><input type="checkbox"/> badanie krwi</p> <p><input type="checkbox"/> badanie radiologiczne</p> <p><input type="checkbox"/> gastroscopia</p> <p><input type="checkbox"/> leczenie stomatologiczne</p> <p><input type="checkbox"/> inne:</p> <p>.....</p>
<p>Czy lekarze ci przepisali lub zalecili do stosowania jakiegokolwiek leki?</p>	<p><input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p>Jeśli tak, to jakie</p> <p><input type="checkbox"/> antybiotyki</p> <p><input type="checkbox"/> leki zobojętniające kwas żołądkowy</p> <p><input type="checkbox"/> płyn do płukania jamy ustnej</p> <p><input type="checkbox"/> pastylki do ssania</p> <p><input type="checkbox"/> inne:</p> <p>.....</p>
<p>Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek leczony/a z powodu halitozy przez lekarza medycyny alternatywnej/holistycznego (chiropraktyka, homeopatę)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p>Jeśli tak, to jaki rodzaj leczenia zastosował?</p> <p>.....</p>
<p>Czy kiedykolwiek występowały u Pana/Pani którekolwiek z poniższych stanów?</p>	<p><input type="checkbox"/> zapalenie zatok</p> <p><input type="checkbox"/> choroby nosa</p> <p><input type="checkbox"/> zaburzenia żołądkowe</p> <p><input type="checkbox"/> choroby płuc lub oskrzeli</p> <p><input type="checkbox"/> choroby wątroby</p> <p><input type="checkbox"/> suchość jamy ustnej</p> <p><input type="checkbox"/> choroby psychiczne</p> <p><input type="checkbox"/> inne:</p> <p>.....</p>
<p>Czy stosuje Pan/Pani jakąś określoną dietę?</p>	<p><input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p>Jeśli tak, to jaką?.....</p>
<p>Czy kiedykolwiek doświadczył/a Pan/Pani</p>	<p><input type="checkbox"/> unikam rozmów z innymi ludźmi</p>

<p>jakichkolwiek z następujących problemów z powodu przykrego zapachu z ust?</p>	<p><input type="radio"/> jestem nieśmiały/a, gdy ktoś się do mnie zwraca  <input type="radio"/> nie lubię się spotykać z innymi ludźmi  <input type="radio"/> nie mogę wejść w związek z inną osobą  <input type="radio"/> inni ludzie mnie unikają  <input type="radio"/> inne:.....  <input type="radio"/> nie, nigdy nie miałem/am tych problemów</p>
<p>Czy jest Pan/Pani zaszokowana reakcją innych osób na Pana/Pani przykry zapach z ust?</p>	<p><input type="radio"/> nie  <input type="radio"/> tak          Jeśli tak, to jaką reakcję powodował Pana/Pani oddech? .....</p>
<p>Czy jest Pan/i pewny/a, że reakcja ta była wywołana przez Pana/Pani oddech?</p>	<p><input type="radio"/> nie  <input type="radio"/> tak</p>