

8. Stresst Sie Ihre berufliche Tätigkeit als _____ ?

ja

nein

9. Beschreiben Sie Ihren Mundgeruch möglichst exakt.

(z.B. stinkend, süß, faul, bitter, blumig, fruchtig, fäkal, stinkend, ranzig, Knoblauchgeruch)

10. Hat Ihr Mundgeruch Einfluss auf Ihr Privat- bzw. Sozialleben? Wenn ja, in welcher Form?

ja: _____

nein

11. Auf welche Entfernung kann man Ihren Mundgeruch wahrnehmen?

ca. 1 m

weniger als 1 m

ca. 30 cm

12. Haben Sie öfter einen Belag auf der Zunge?

ja

nein

13. Wie oft putzen Sie Ihre Zähne?

ca. _____ mal täglich

weniger als 1 mal pro Tag

14. Haben Sie öfter Zahnfleischbluten?

ja

nein

15. Benutzen Sie Zahnseide?

ja, ca. _____ mal pro _____

nein

16. Benutzen Sie Mundwasser?

ja, ca. _____ mal pro _____

nein

Mundwassername: _____

17. Haben Sie Allergien?

ja, gegen: _____

nein

18. Müssen Sie häufig ihre Nase reinigen oder sind Sie häufig verschnupft?

ja

nein

19. Leiden Sie unter Mundtrockenheit?

ja, ca. ___ mal pro _____

nein

20. Haben Sie das Gefühl, momentan Mundgeruch zu haben?

ja

nein

21. Kreuzen Sie bitte alle Medikamente an, die Sie derzeit einnehmen.

Antibiotika

Asthma-Spray

Medikamente gegen Magensäure

Antidpressiva

andere Medikamente: _____

22. Was ist Ihrer Meinung nach die Herkunft Ihres Mundgeruchs?

Mund

Nase

beides

23. Welche Ursache(n) vermuten Sie, sind der Grund für Ihren Mundgeruch?

24. Was haben Sie bisher gegen den Mundgeruch unternommen?

Nutzung von Mundwasser

Kaugummis kauen

Bonbons lutschen

nichts weiter

Nahrungsmittel vermeidet: _____

Sonstiges: _____

25. Bei welchen Ärzten waren Sie schon wegen Ihres Mundgeruchs, und wann?

kein weiterer Arzt

Zahnarzt, vor ___ Wochen/Monaten/Jahren

Hausarzt, vor ___ Wochen/Monaten/Jahren

H-N-O-Arzt, vor ___ Wochen/Monaten/Jahren

Internist, vor ___ Wochen/Monaten/Jahren

Anderer Arzt, vor ___ Wochen/Monaten/Jahren

26. Welche Maßnahmen wurden von den oben genannten Ärzten ergriffen?

Untersuchung des Mundes

Untersuchung des Halses

Untersuchung der Nasennebenhöhlen

Untersuchung des Magens

Untersuchung des Blutbilds

Erstellung von Röntgenbildern

Gastroskopie/Magenspiegelung

zahnärztliche Behandlung

Sonstiges: _____

27. Welche Medikamente wurden Ihnen von diesen Ärzten verschrieben oder empfohlen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Antibiotika |
| <input type="checkbox"/> Medikamente gegen Magensäure | <input type="checkbox"/> Mundwasser |
| <input type="checkbox"/> Lutschtabletten | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

28. Wurden Sie wegen Ihres Mundgeruchs auch von einem alternativen oder ganzheitlichen Arzt behandelt? (z.B. Chiropraktiker, Heilpraktiker)

- ja, wie folgt: _____ nein

29. Hatten Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenentzündung | <input type="checkbox"/> Erkrankung im Nasenbereich |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit dem Magen | <input type="checkbox"/> Erkrankung von Lunge oder Bronchien |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Mundtrockenheit |
| <input type="checkbox"/> Gemütskrankungen | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

30. Machen Sie derzeit eine spezielle Diät?

- ja: _____ nein

31. Haben Sie bedingt durch Ihren schlechten Atem eins der folgenden Probleme?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> keine Probleme | <input type="checkbox"/> Gehemmtheit bei näher kommenden Personen |
| <input type="checkbox"/> Vermeidung von Treffen mit Anderen | <input type="checkbox"/> Vermeidung von sozialen Kontakten |
| <input type="checkbox"/> Kontaktvermeidung seitens der Mitmenschen | <input type="checkbox"/> Vermeidung von Gesprächen mit Anderen |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ | |

32. Hat Ihnen die Reaktion anderer Menschen auf Ihren Atem Sorgen bereitet? Wie war deren Reaktion?

- ja: _____ nein

33. Sind Sie sicher, dass diese Reaktion ihre Ursache in ihrem schlechten Atem hatte?

- ja nein