

## 01 ANGABEN ZUR PERSON

---

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

## 02 FRAGEN

---

02.1 | Wie haben Sie bemerkt, dass Sie Mundgeruch haben?

Zutreffendes bitte ankreuzen

Körpersprache anderer Personen <input type="radio"/>	Es wurde mir gesagt <input type="radio"/>	Ich weiss es selbst <input type="radio"/>
--	---	---

02.2 | Wann haben Sie das erste Mal gemerkt dass Sie schlechten Atem haben?

Zutreffendes bitte eintragen

Vor: <input type="text"/> Jahren	Vor: <input type="text"/> Monaten	Vor: <input type="text"/> Wochen
----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

02.3 | Wie intensiv schätzen Sie Ihren Mundgeruch ein?

Zutreffendes bitte ankreuzen

Stark <input type="radio"/>	Mittel <input type="radio"/>	Schwach <input type="radio"/>
-----------------------------	------------------------------	-------------------------------

02.4 | Nennen Sie Situationen, in denen Ihnen bewusst wurde, dass Sie Mundgeruch haben:

---



---



---



---

02.5 | Wieviel beruflichen und/oder privaten Stress haben Sie?

Zutreffendes bitte ankreuzen

Sehr viel <input type="radio"/>	Viel <input type="radio"/>	Durchschnittlich <input type="radio"/>	Wenig <input type="radio"/>	<input type="text"/>
---------------------------------	----------------------------	--	-----------------------------	----------------------

02.6 | Wann haben Sie häufiger oder stärkeren Mundgeruch?

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. eintragen

Nach dem Aufwachen <input type="radio"/>	Wenn ich Hunger habe <input type="radio"/>	Wenn ich müde bin <input type="radio"/>	Den ganzen Tag <input type="radio"/>	<input type="text"/>
Bei der Arbeit <input type="radio"/>	Wenn ich mit anderen Menschen spreche <input type="radio"/>	Sonstiges: <input type="text"/>		

**02 FRAGEN FORTSETZUNG**

---

**02.7 | Wieviel beruflichen und/oder privaten Stress haben Sie?**

Zutreffendes bitte ankreuzen

1x pro Monat <input type="radio"/>	1x pro Woche <input type="radio"/>	Täglich <input type="radio"/>	Immer <input type="radio"/>
------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

**02.8 | Sind Sie Raucherin bzw. Raucher?**

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. eintragen

Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Zigaretten pro Tag:
----------------------------	--------------------------	---------------------

**02.9 | Welchen Beruf, welche Tätigkeit üben Sie aus?**

---

---

**02.10 | Sind Sie mit Ihrem Beruf bzw. Ihrer Tätigkeit zufrieden?**

Zutreffendes bitte ankreuzen

Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Ich fühle mich sehr belastet <input type="radio"/>
----------------------------	--------------------------	--

**02.11 | Beschreiben Sie den Mundgeruch so genau wie möglich (z.B. bitter, brennend, faul, fruchtig, fäkal, süßlich):**

---

---

---

**02.12 | Beeinträchtigt Ihr Mundgeruch Ihr Sozialleben?**

---

---

---

---

---

---

---

---

02 FRAGEN FORTSETZUNG

---

02.13 | Aus welcher Distanz kann Ihr Mundgeruch wahrgenommen werden?

Zutreffendes bitte ankreuzen

30cm  | 1m  | Mehr als 1m

---

02.14 | Können Sie Beläge auf der Zunge feststellen?

Zutreffendes bitte ankreuzen

Nein  | Ja

---

02.15 | Wie oft und womit betreiben Sie Mundhygienemaßnahmen?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

02.16 | Haben Sie Allergien?

Zutreffendes bitte ankreuzen

Nein  | Ja  | Allergie gegen:

---

02.17 | Sind Sie häufig verschnupft oder müssen Sie häufig Ihre Nase reinigen?

Zutreffendes bitte ankreuzen

Nein  | Ja

---

02.18 | Leiden Sie unter Mundtrockenheit?

Zutreffendes bitte ankreuzen

Nein  | Ja  | Manchmal

---

02 FRAGEN FORTSETZUNG

---

02.19 | Nehmen Sie momentan folgende Medikamente zu sich?

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. eintragen

Antibiotika <input type="radio"/>	Asthma-Spray <input type="radio"/>	Medikament gegen Magensäure <input type="radio"/>	Antidepressiva <input type="radio"/>
Medikament gegen hohen Blutdruck <input type="radio"/>	Sonstige:		

02.20 | Von welchem Organ, glauben Sie, kommt Ihr Mundgeruch?

Zutreffendes bitte ankreuzen

Mund <input type="radio"/>	Nase <input type="radio"/>	Beide <input type="radio"/>
----------------------------	----------------------------	-----------------------------

02.21 | Was haben Sie bisher unternommen, um Ihren Mundgeruch zu bekämpfen?

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. eintragen

Nichts <input type="radio"/>	Mundwasser <input type="radio"/>	Kaugummi <input type="radio"/>	Bonbons <input type="radio"/>	Sonstiges:
Vermeidung von Nahrungsmitteln <input type="radio"/>	Welche:			

02.22 | Haben Sie schon bereits andere Hilfe in Anspruch genommen?

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. eintragen

Nein <input type="radio"/>	Arzt <input type="radio"/>	Zahnarzt <input type="radio"/>	HNO-Arzt <input type="radio"/>	Internist <input type="radio"/>	Ernährungsberater <input type="radio"/>
Heilpraktiker <input type="radio"/>	Sonstige:				

02.23 | Was wurde bisher bei Ärzten gegen Ihren Mundgeruch unternommen?

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. eintragen

Untersuchung des Mundes <input type="radio"/>	Untersuchung des Halses <input type="radio"/>	Untersuchung der Nasennebenhöhlen <input type="radio"/>	
Untersuchung des Magens <input type="radio"/>	Gastroskopie <input type="radio"/>	Röntgenbilder <input type="radio"/>	Röntgenbilder <input type="radio"/>
Zahnärztliche Behandlungen <input type="radio"/>	Andere Behandlungen:		

02.24 | Wurden Ihnen bisher eine Behandlung oder Präparate empfohlen?

Zutreffendes bitte ankreuzen

Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Welche:
----------------------------	--------------------------	---------

## 02 FRAGEN FORTSETZUNG

---

### 02.25 | Hatten Sie jemals eine dieser Erkrankungen?

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. eintragen

Nasennebenhöhlenentzündung <input type="radio"/>	Magenschleimhautentzündung <input type="radio"/>	Reflux <input type="radio"/>
Lungen- oder Bronchialerkrankungen <input type="radio"/>	Lebererkrankungen <input type="radio"/>	Erkrankungen der Verdauungsorgane <input type="radio"/>

Sonstige:

---

### 02.26 | Leiden Sie unter einem der folgenden Probleme durch Mundgeruch?

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. eintragen

Ich vermeide es, mit anderen Menschen zu sprechen <input type="radio"/>	In Gesellschaft von Menschen bin ich gehemmt <input type="radio"/>
Ich kann nicht mit Menschen in nähere Beziehung treten <input type="radio"/>	Andere Menschen meiden mich <input type="radio"/>

Sonstige:

---

Dieser Fragebogen wurde von Prof. Filippi et al. in der Universität Basel entwickelt.