



## Mundgeruch Fragebogen

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen durch ankreuzen:

**1. Woher wissen Sie, dass Sie Mundgeruch haben?**

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

**2. Wie lange ist Ihnen Ihr Mundgeruch bewusst?**

\_\_\_\_\_

**3. Wie intensiv, denken Sie, ist Ihr Mundgeruch?**

- Sehr stark
- Durchschnittlich
- Schwach

**4. Schreiben Sie Situationen auf, bei denen Ihnen bewusst wurde, dass Sie Mundgeruch haben.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Wie hoch schätzen Sie Ihren «Stressstatus» ein?**

- Sehr hoch
- Hoch
- Durchschnittlich
- Gering

6. **Rauchen Sie?**  Ja  Nein

Wie viele Zigaretten täglich? \_\_\_\_\_ Wann die erste? \_\_\_\_\_

7. **Trinken Sie alkoholische Getränke?**  Ja  Nein

Wann?  morgens  mittags  abends

8. **Wie oft haben Sie Mundgeruch?**

- Einmal im Monat  Dreimal pro Woche  
 Einmal pro Woche  Täglich  
 Zweimal pro Woche  Immer

9. **Haben Sie verstärkt Mundgeruch zu einer bestimmten Tageszeit? Wenn ja, wann?**

- Morgens  Wenn ich Hunger oder Durst habe  
 Mittags  Wenn ich müde bin  
 Abends  Bei der Arbeit  
 Den ganzen Tag  Wenn ich mit anderen Menschen spreche  
 Andere Situation: \_\_\_\_\_

10. **Was machen Sie beruflich?**

\_\_\_\_\_

11. **Stresst Sie Ihre berufliche Tätigkeit?**  Ja  Nein

12. **Gibt es aus Ihrer Sicht einen Zusammenhang zwischen Ihrer Arbeit und dem Geruch?**

\_\_\_\_\_

13. **Empfinden Sie den Mundgeruch stärker am Arbeitsplatz?**  Ja  Nein

14. **Beschreiben Sie Ihren Mundgeruch so genau wie möglich. (Beispiele: bitter, brennend, faul, fischig, blumig, fruchtig, Knoblauch, fäkal, ranzig, sauer, stinkend, süsslich)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. **Hat Ihr Mundgeruch einen Einfluss auf Ihr Sozialleben?**  Ja

Nein Inwiefern? \_\_\_\_\_

16. Auf welche Distanz etwa kann man Ihren Mundgeruch wahrnehmen?

- 30 Zentimeter
- 1 Meter
- 1 1/2 Meter
- Weiter als 1 1/2 Meter

17. Können Sie Beläge auf Ihrer Zunge feststellen?  Ja  Nein

18. Haben Sie Allergien?  Ja  
 Nein

Welche: \_\_\_\_\_

19. Sind Sie häufig erkältet?  Ja  Nein

Müssen Sie häufig Ihre Nase reinigen?  Ja  Nein

20. Leiden Sie manchmal unter Mundtrockenheit?  Ja  Nein

Wie oft? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

21. Glauben Sie, dass Sie momentan Mundgeruch haben?  Ja  Nein

22. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

23. Kommt Ihrer Meinung nach Ihr Geruch vom Mund, von der Nase oder von beiden?

- Mund
- Nase
- Beides

24. Was vermuten Sie, ist in Ihrem Falle die Ursache(n) für den Mundgeruch?

\_\_\_\_\_

25. Wie haben Sie bisher den Mundgeruch bekämpft?

- Gar nicht
- «Bonbons »
- Mundwasser
- Vermeidung gewisser Nahrungsmittel?
- Kaugummi
- Reinigung der Zahnzwischenräume
- Zungenreinigung
- Gurgeln
- Anderes: \_\_\_\_\_

Wie oft? \_\_\_\_\_

26. **Haben Sie schon bei anderen Personen (Zahnarzt, Hausarzt, Hals-Nasen-Ohrenarzt,) um Rat gesucht?**  Ja  Nein

Bei wem? \_\_\_\_\_

Was wurde bereits unternommen: \_\_\_\_\_

Was wurde empfohlen: \_\_\_\_\_

27. **Atmen Sie regelmässig durch den Mund ?**  Ja  Nein

28. **Atmen Sie in der Nacht durch den Mund ?**  Ja  Nein  Manchmal

29. **Haben Sie am Morgen einen trockenen Mund?**  Ja  Nein