



Dr. med. dent. **Udo Rohr**  
**Praxis für Zahnheilkunde**

**Zahnarztpraxis Dr. Udo Rohr**  
 Benediktinerring 1  
 78050 Villingen  
 Telefon 07721 55040  
 Fax 07721 57203  
 E-Mail: Zahnarzt@DrRohr.de  
 Praxishandy: 0152 03552649

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
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
Wie intensiv, denken Sie, ist Ihr Mundgeruch?	<input type="radio"/> stark <input type="radio"/> durchschnittlich <input type="radio"/> schwach
Nennen Sie Situationen, bei denen Ihnen bewusst wurde, dass Sie Mundgeruch haben:	..... ..... ..... .....
Wie viel Stress haben Sie?	<input type="radio"/> sehr viel <input type="radio"/> viel <input type="radio"/> durchschnittlich <input type="radio"/> wenig
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.....
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
Rauchen Sie?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? .....
Was machen Sie beruflich? .....	Stresst Sie Ihre berufliche Tätigkeit? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Können Sie einen Zusammenhang zwischen Ihrer Arbeit und dem Mundgeruch erkennen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

## MUNDGERUCH-FRAGEBOGEN

Beschreiben Sie Ihren Mundgeruch so genau wie möglich (Beispiele: bitter, brennend, faul, blumig, fruchtig, Knoblauch, fäkal, ranzig, stinkend, süß):	..... ..... ..... .....
Hat Ihr Mundgeruch Einfluss auf Ihr Privat- oder Sozialleben ? Wenn ja, welchen ?	..... ..... .....
Wie weit kann man Ihren Mundgeruch wahrnehmen?	<input type="radio"/> 30 Zentimeter <input type="radio"/> einen Meter <input type="radio"/> weiter als einen Meter
Können Sie Beläge auf Ihrer Zunge feststellen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wie oft putzen Sie die Zähne am Tag?	..... mal pro Tag
Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Benutzen Sie Zahnseide?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja, wie oft? ..... mal pro .....
Benutzen Sie Mundwasser?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja, wie oft? ..... mal pro ..... Name des Mundwassers.....
Haben Sie Allergien?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja, gegen was? .....
Sind Sie häufig verschnupft? Müssen Sie häufig Ihre Nase reinigen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Leiden Sie manchmal unter Mundtrockenheit?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja, wie oft? ..... mal pro .....
Glauben Sie, dass Sie momentan Mundgeruch haben?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
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: .....
Woher kommt Ihrer Meinung nach Ihr Geruch?	<input type="radio"/> vom Mund <input type="radio"/> von der Nase <input type="radio"/> von beidem
Welche Ursache(n) glauben Sie, sind bei Ihnen für den Mundgeruch verantwortlich?	..... ..... ..... .....

# MUNDGERUCH-FRAGEBOGEN

<p>Wie haben Sie bisher den Mundgeruch bekämpft?</p>	<p> <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: .....             </p>
<p>Waren Sie schon bei anderen Ärzten wegen Ihres Mundgeruchs (z.B. Zahnarzt, Hausarzt, Hals-Nasen-Ohren-Arzt/ORL, ...)?</p>	<p> <input type="radio"/> Nein  <input type="radio"/> Ja                  Wenn ja, wann?.....                  Wenn ja, welcher Arzt/welche Ärzte:  <input type="radio"/> Zahnarzt  <input type="radio"/> Hausarzt  <input type="radio"/> Hals-Nasen-Ohren-Arzt  <input type="radio"/> Internist  <input type="radio"/> anderer Arzt: .....             </p>
<p>Was wurde bei diesem Arzt/diesen Ärzten wegen Ihres Mundgeruchs unternommen?</p>	<p> <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:                  .....             </p>
<p>Sind Ihnen von diesen Ärzten Medikamente oder andere Präparate verschrieben oder empfohlen worden?</p>	<p> <input type="radio"/> Nein  <input type="radio"/> Ja                  Wenn ja, welche? .....                  .....  <input type="radio"/> Antibiotika  <input type="radio"/> Medikamente gegen Magensäure  <input type="radio"/> Mundwasser  <input type="radio"/> Lutschtabletten  <input type="radio"/> Andere:                  .....             </p>
<p>Wurde Ihr Mundgeruch auch bei einem alternativen oder ganzheitlichen Arzt behandelt (Chiropraktiker, Homöopathie, ....)?</p>	<p> <input type="radio"/> Nein  <input type="radio"/> Ja                  Wenn ja, welche Art der Behandlung?                  .....             </p>
<p>Hatten Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?</p>	<p> <input type="radio"/> Nasen-Nebenhöhlenentzündung  <input type="radio"/> Erkrankung der Nase  <input type="radio"/> Magenprobleme  <input type="radio"/> Lungen- oder Bronchialerkrankung  <input type="radio"/> Lebererkrankung  <input type="radio"/> Mundtrockenheit  <input type="radio"/> Erkrankungen des Gemüts  <input type="radio"/> Andere:                  .....             </p>

## MUNDGERUCH-FRAGEBOGEN

<p>Machen Sie eine spezielle Diät?</p>	<p><input type="radio"/> Nein  <input type="radio"/> Ja                  Wenn ja, welche?.....</p>
<p>Haben Sie eines der folgenden Probleme durch schlechten Atem?</p>	<p><input type="radio"/> Ich vermeide es, mit anderen Menschen zu sprechen  <input type="radio"/> Ich bin gehemmt, wenn jemand in meine Nähe kommt  <input type="radio"/> Ich mag keine anderen Menschen treffen  <input type="radio"/> Ich kann nicht mit Menschen in nähere Beziehung treten  <input type="radio"/> Andere Menschen meiden mich  <input type="radio"/> Andere: .....  <input type="radio"/> Nein, ich habe keines dieser Probleme</p>
<p>Waren Sie betroffen über die Reaktion anderer Menschen wegen Ihres schlechten Atems?</p>	<p><input type="radio"/> Nein  <input type="radio"/> Ja                  Wenn ja, welche Reaktion löste Ihr Atem aus?                  .....</p>
<p>Sind Sie sicher, dass diese Reaktion durch das Problem Ihres Atems ausgelöst wurde?</p>	<p><input type="radio"/> Nein  <input type="radio"/> Ja</p>