



## Mundgeruch Fragebogen

### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Mundgeruchssprechstunde. Leider ist der Grund für chronischen Mundgeruch oft nicht einfach zu finden, da die Ursachen sehr verschieden sein können und keinesfalls nur auf die Mundhöhle beschränkt sein müssen. Somit beschränkt sich auch die Therapie oft nicht nur auf Zahnfleischbehandlung und professionelle Mundhygiene, sondern es kann auch - je nach Ursache - eine fachärztliche Behandlung erforderlich sein.

Um die Ursachen für Ihren Mundgeruch und damit die richtige Therapie zu finden, ist eine umfassende allgemeine und spezielle Anamnese (Erfragung der Krankengeschichte) notwendig. Der folgende Fragebogen hilft uns dabei, besser und individueller auf Ihre Situation einzugehen und gleichzeitig wertvolle Behandlungszeit zu sparen.

### **Einige Bemerkungen zum Fragebogen:**

1. Alle Angaben unterstehen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht und können nur von uns eingesehen werden.
2. Zur Beantwortung der Fragen kreuzen Sie einfach nur die zutreffenden Antworten an, beziehungsweise tragen Sie zusätzliche Informationen an den hierfür vorgesehenen freien Stellen ein. Falls Sie sich nicht sicher sind, überspringen Sie die Frage - wir fragen dann bei der Beratung nach.
3. Falls Ihnen die eine oder andere Frage ungewöhnlich erscheint, denken Sie bitte daran, dass - wie schon erwähnt - Mundgeruch viele verschiedene Ursachen außerhalb der Mundhöhle haben kann, sowohl körperliche als auch psychische. Deshalb bitten wir Sie, alle Fragen so genau wie möglich zu beantworten. Falls Sie dennoch eine Frage nicht beantworten möchten, streichen Sie diese einfach durch.
4. Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen als Brief oder per Fax an unsere Praxis (Adresse und Fax-Nummer: siehe oben). Sobald wir Ihren Fragebogen erhalten und ausgewertet haben, werden wir mit Ihnen einen Termin zur Untersuchung und Beratung vereinbaren.

### **Kosten:**

Leider werden die Kosten für die zeitaufwendige Mundgeruchsdiagnostik nicht von der Krankenkasse übernommen. Daher berechnen wir die folgenden Gebühren:

#### **Auswertung Fragebogen und Erstuntersuchung: 80,-- Euro**

Darin enthalten ist die Auswertung des Fragebogens, die speziell auf die Mundgeruchsproblematik ausgerichtete erste Untersuchung, Messungen mit dem Halimeter, Dokumentation der Befunde sowie eine Beratung zur Besprechung der Befunde und der weiteren Vorgehensweise.

#### **Nachuntersuchung / Verlaufskontrolle: 40,-- Euro**

Diese ist eine Folgeuntersuchung (meist nach erfolgter Behandlung) inklusive Messungen mit dem Halimeter und dient der Erfolgskontrolle der Behandlung.

Zusätzliche Kosten können entstehen je nachdem welche Art der Behandlung (Professionelle Zahnreinigung, Parodontitisbehandlung, HNO-ärztliche Behandlung, internistische Behandlungen, usw...) notwendig sind.

## Persönliche Daten:

Vorname:	Name:	Geburtsdatum:
Adresse:		
Telefon:	Beruf:	Krankenkasse:
männlich      weiblich	Grösse in cm:	Gewicht in kg:

### 1. Teil: Allgemeine Anamnese

#### **1. Leiden Sie unter einer o. mehreren chronischen Erkrankungen ?**

- Asthma
- Tuberkulose
- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Diabetes
- Nierenentzündungen und/oder Harnwegsinfektionen
- Nierensteine
- Lebererkrankungen (Fettleber, Zirrhose, Hepatitis, ...): falls ja, welche?  
\_\_\_\_\_
- Gallensteine
- Rheuma
- Muskelschmerzen / -krämpfe
- Gelenkschmerzen
- Arthritis
- Drüsenfieber
- AIDS
- Krebs
- Sonstige: \_\_\_\_\_

#### **2. Haben Sie Allergien ?**

- Nein
- Ja - gegen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **3. Bluten Sie bei kleinen Verletzungen unverhältnismässig lange ?**

- Nein
- Ja

#### **4. An welchen Körperregionen / Organen wurden Sie bisher operiert und wann ?**

- Mandeln \_\_\_\_\_
- Nase (innen) \_\_\_\_\_
- Nasennebenhöhlen \_\_\_\_\_
- Kieferhöhle \_\_\_\_\_
- Magen / Speiseröhre \_\_\_\_\_
- Sonstige: \_\_\_\_\_

#### **5. Welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel (Vitamine, Spurenelemente, ...) nehmen Sie wofür ein ?**

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **6. Wen (Ärzte o. andere Therapeuten) haben Sie wegen Ihres Mundgeruchs bereits aufgesucht ? Welche Diagnosen wurden gestellt, welche Therapien durchgeführt und mit welchem Ergebnis ?**

(z.B.: Hausarzt, Heilpraktiker, Internist, Zahnarzt, ...)

1. \_\_\_\_\_  
Diagnose: \_\_\_\_\_  
Therapie: \_\_\_\_\_  
Ergebnis: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
Diagnose: \_\_\_\_\_  
Therapie: \_\_\_\_\_  
Ergebnis: \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
Diagnose: \_\_\_\_\_  
Therapie: \_\_\_\_\_  
Ergebnis: \_\_\_\_\_

zusätzliche Angaben:

#### **7. Wo sonst haben Sie bisher Hilfe gegen Ihren Mundgeruch gesucht (Internet, Bekannte, ...) und was haben Sie bisher gegen Mundgeruch (erfolglos) unternommen ?**

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

## 2. Teil: Spezielle Anamnese

### A - Mundgeruch

#### 1. Seit wann haben Sie Mundgeruch ?

- seit meiner Kindheit / Jugend
- seit ca. \_\_\_\_\_ Jahren / Monaten
- weiss ich nicht

#### 2. Wie bemerkten Sie den Mundgeruch ?

- plötzlich (von heute auf morgen)
- langsamer Beginn, erst wenig, dann immer stärker werdend.
- selbst bemerkt
- durch Andeutungen von anderen Menschen wenn ja, von wem: \_\_\_\_\_

#### 3. Wird Ihnen gesagt oder gezeigt, dass Sie Mundgeruch haben ?

- nein
- nein, aber ich bemerke bei anderen Leuten manchmal eine mir gegenüber abneigende Haltung / Gestik.
- nicht direkt, aber durch Andeutungen anderer
- ja, von engen Verwandten
- ja, von Arbeitskollegen
- Sonstige: \_\_\_\_\_

#### 4. Nehmen Sie Ihren Mundgeruch selbst wahr ?

- nein
- ja, aber nur geringfügig
- ja, deutlich

#### 5. Welchen Geruch hat Ihr Atem Ihrer Meinung nach oder auch laut Angaben Dritter ?

- faulig
- säuerlich
- fischig
- alkoholisch
- bitter

#### 6. Was für einen Geschmack haben Sie im Mund ?

- meist neutral
- öfters sauer, salzig oder bitter
- öfters süsslich oder fischig
- öfters faulig oder muffig
- öfters blutig oder eitrig
- metallisch

#### 7. Wann ist Ihr Mundgeruch am schlimmsten ?

- morgens, gleich nach dem Aufstehen
- tagsüber, zu unterschiedlichen Zeiten
- direkt nach dem Essen
- nur nach speziellen Speisen o. Getränken (z.B. Milchprodukte, Fleisch, fettige / ölige Speisen, Süßes, Kaffee, Alkohol, ...) wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- nüchtern, also wenn längere Zeit nichts gegessen wurde
- Während einer Erkältung o. bei Husten
- bei Stress (psychischer Anstrengung)
- bei körperlicher Anstrengung (Sport)
- bei anderen Emotionen, wie z.B. Ärger, Wut, Kummer, etc ... wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

### B - Mundhygiene

#### 1. Wie oft und wie lange putzen Sie Ihre Zähne ?

- nicht jeden Tag
- ein- bis zweimal täglich, max.. 2 Minuten
- mind. zweimal täglich, mind. 2 Minuten
- dreimal täglich mind. 2 Minuten oder mehr

#### 2. Welche Mundhygienemittel ausser Zahnbürste und Zahnpasta benutzen Sie sonst noch und wie oft ?

- Mundwasser, welches ? \_\_\_\_\_
- wie oft ? \_\_\_\_\_
- Munddusche, wie oft ? \_\_\_\_\_
- Zahnseide/ Superfloss, wie oft ? \_\_\_\_\_

zerfasert die Zahnseide zwischen den Zähnen manchmal? \_\_\_\_\_  
riecht die Zahnseide nach Gebrauch unangenehm? \_\_\_\_\_

- Zahnzwischenraumbürstchen, wie oft ? \_\_\_\_\_
- Sonstige: \_\_\_\_\_

#### 3. Reinigen Sie Ihre Zunge ?

- nein
- ja, manchmal - womit? \_\_\_\_\_
- 3-5 Mal pro Woche oder mehr, womit ? \_\_\_\_\_

## C - Fragen zur Mundhöhle

### 1. Haben Sie Zahnfüllungen oder Zahnersatz ?

- keine oder nur wenige Füllungen
- viele Füllungen (Komposit / Amalgam / Andere)
- Füllungen und Zahnkronen
- Teil- oder Vollprothesen

### 2. Wie fühlt sich Ihr Mund, beziehungsweise Ihre Mundschleimhaut an ?

- normal feucht und glatt
- oft trocken
- morgens trocken, ansonsten normal feucht
- trocken nur bei Anstrengungen oder Sport
- schleimig
- klebrig

### 3. Leiden Sie an Zungenbrennen ?

- nein
- selten
- ja, manchmal oder sogar oft

### 4. Haben Sie Zungenbelag ?

- nein
- weiss nicht
- ja, manchmal
- ja, oft

### 5. Falls ja, wie sieht der Zungenbelag, bzw. Ihre Zungenoberfläche aus ?

- weisslich / gelblich
- gräulich
- bräunlich - schwarz
- fest, kaum abwischbar
- (zäh-)flüssig, gut abwischbar
- klebrig
- trocken
- rissig, rau

**TEST 1** - Nehmen Sie ein Wattestäbchen und reiben Sie es leicht hinter der Mitte über den Zungenrücken. Lassen Sie die Watte 20-30 Sekunden lang trocknen und riechen nun daran.

### 6. Wie riecht das Wattestäbchen ?

- nur leicht muffig, kaum Geruch
- übel, faulig
- riecht wie ... \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## D - Fragen zu Hals / Nase / Ohren

### 1. Haben Sie manchmal oder desöfteren eine der folgenden Beschwerden ?

- Halsschmerzen
- Schluckbeschwerden
- einen Kloss im Hals
- Ohrenscherzen od. Druck auf den Ohren
- Ohrensausen / Tinnitus

### 2. Müssen Sie sich desöfteren Räuspern ?

- nein oder nur selten
- ja

### 3. Läuft Ihnen Sekret den Rachen hinunter ?

- nein
- ja, aber selten
- ja, oft

### 4. Läuft Ihnen oft Sekret / Eiter aus den Ohren ?

- nein
- ja

### 5. Treffen eine oder mehrere der folgenden Aussagen auf Sie zu ?

- muss oft Schniefen
- muss oft Nase putzen - Nase läuft oft
- habe oft eine verstopfte Nase
- habe relativ oft Nasenbluten
- habe eher eine trockene Nase
- leide öfters unter Kopfschmerzen (falls ja, mehr Details in Teil I, Frage 15)

### 6. Falls Nasensekret vorhanden ist, schneuzen Sie in ein Taschentuch und beschreiben Sie die Beschaffenheit des Sekrets.

- wenig Sekret
- viel Sekret
- einseitig (nur aus einem Nasenloch)
- beidseitig (aus beiden Nasenlöchern)
- geruchlos
- übel riechend
- dünnflüssig und überwiegend klar
- zäh, grünlich
- zäh, weisslich
- blutig
- eitrig

### 7. Atmen Sie überwiegend durch die Nase oder durch den Mund ?

- durch die Nase
- durch den Mund

### 8. Schnarchen Sie ?

- nein
- ja

## E - Fragen zum Verdauungstrakt (Magen, Darm, Speiseröhre)

### 1. Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu ?

**Ich muss manchmal / öfters ...**

- ... aufstossen
- ... erbrechen

**Ich habe manchmal / öfters ...**

- ... Sodbrennen
- ... Schluckauf
- ... Brustschmerzen

falls ja, wann treten diese auf:

---

---

wo genau:

---

---

welcher Art sind die Schmerzen:

---

---

- ... Bauchschmerzen

falls ja, wann treten diese auf, oder was löst die Bauchschmerzen aus:

---

---

wo genau

---

---

welcher Art sind die Schmerzen:

---

---

- ... ein Völlegefühl, wo: \_\_\_\_\_

---

- ... Blähungen, falls ja: wann o. nach welchen Nahrungsmitteln treten diese auf:

---

- ... Magen oder Darmgeräusche (Blubbern)
- ... Verstopfungen
- ... Durchfälle, falls ja: wann o. nach welchen Nahrungsmitteln: \_\_\_\_\_

---

---

### 2. Wie ist Ihr Stuhlgang in der Regel ?

- meist normal (ca. 1x täglich)
- oft mehrmals täglich, eventuell Durchfälle bzw. wässriger, dünner Stuhl
- nur 2-3x pro Woche o. weniger, Verstopfungen bzw. harter Stuhl.

## F - Fragen zu Atemwegen und Lunge

### 1. Haben Sie Probleme mit der Atmung, wie z.B. Kurzatmigkeit oder Schwierigkeiten beim Ein- oder Ausatmen ?

- nein
- ja, welche ? \_\_\_\_\_

---

---

### 2. Hatten Sie in letzter Zeit häufiger eine der folgenden Beschwerden / Erkrankungen ?

- trockenen Husten
- Bronchitis
- Grippe oder Erkältung
- Husten mit Auswurf (Sekret / Schleim)

Art des Auswurfs: \_\_\_\_\_

---

---

- Infektionen der Atemwege / Lungen
- Sonstige Beschwerden / Erkrankungen der Atemwege:

---

---

### NOTIZEN:

## G - Fragen zu Nieren / Harnwegen

### 1. Haben Sie desöfteren ....

- Schmerzen beim Urinieren ?
- Infektionen der Harnwege ?
- Blasenentzündungen ?
- Rückenschmerzen ?  
wo genau: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Art der Schmerzen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2. Wie ist Ihr Urin meistens beschaffen ? (Farbe, Geruch, Menge)

- hellgelb - klar
- eher dunkel, rötlich (blutig)
- desöfteren trübe
- normaler Geruch
- faulig, stinkend
- säuerlich
- stechend
- eher viel Urin
- eher spärliche Mengen an Urin

## H - Fragen zu Haut / Nägel / Haare

### 1. Haben Sie Probleme an Haut, Nägeln o. Haaren ?

- nein
- Schwellungen (Ödeme)
- generell trockene Haut (zu jeder Jahreszeit)
- Jucken
- Neurodermatitis
- Schuppenflechte (Psoriasis)
- Hautausschläge und Entzündungen
- Pilzinfektionen
- spröde Fingernägel
- Haarausfall
- Sonstige: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2. Wie, wann und wo schwitzen Sie ?

- selten o. nur bei starker Anstrengung
- viel Schweiß schon bei leichter Anstrengung
- bei Stress
- spontan (ohne Anstrengung)
- auf der Stirn / am Kopf
- an den Händen
- an Armen und/oder Beinen
- am ganzen Körper

### 3. Wie riecht der Schweiß ?

- eher neutral
- (Männer) - normal "männlich"
- stark übel riechender Schweiß

## I - Fragen zu Gewohnheiten u. Empfinden

### 1. Was essen Sie gerne und regelmässig ?

- Fisch
- Fleisch
- Gemüse
- Getreide (Müsli, Brot, usw. ...)
- Früchte / Obst
- Süsses
- Milchprodukte (Milch, Käse, Joghurt, ...)
- Vollwertkost
- Fast Food
- gut gewürztes Essen (salzig / scharf)
- gut gewürztes Essen (Zwiebel, Knoblauch)
- deftige, fette Speisen
- \_\_\_\_\_

### 2. Was mögen Sie geschmacklich eher nicht ?

- Saures
- Süsses
- Salziges
- Scharfes
- Bitteres

### 3. Verspüren Sie öfters "Heisshunger" auf gewisse Nahrungs- und Genussmittel (auch Getränke) ?

- nein
- ja - wenn ja, welche ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 4. Essen Sie oft regelmässig ?

- ja - wenn ja, wie viele Mahlzeiten und wann:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- nein

### 5. Nehmen Sie Zwischenmahlzeiten zu sich (auch kleine Naschereien) ?

- nein
- ja - wieviele ? \_\_\_\_\_  
welche ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 6. Haben Sie schon eine Fastenkur gemacht oder machen Sie desöfteren kürzere Fastenkuren o. spezielle Diäten ?

- nein
- ja - wenn ja, welche Art von Fasten / Diät:  
\_\_\_\_\_  
wie oft: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7. Wieviel Flüssigkeit trinken Sie täglich ?**

- weniger als 0,5 Liter
- 0,5 bis 1,5 Liter
- über 1,5 Liter

**8. Was trinken Sie ?**

- Wasser
- Tee
- Kaffee
- Limonaden / Erfrischungsgetränke (auch Cola)
- alkoholische Getränke

**10. Wie ist Ihr Konsum alkoholischer Getränke ?**

- kein Alkohol
- selten / gelegentlich
- regelmässig, aber wenig (z.B. ein Bier oder ein Glas Wein am Tag)
- regelmässig, eher viel
- hauptsächlich Bier
- hauptsächlich Wein / Sekt
- hochprozentige Getränke (Likör, Schnaps, ..)

**9. Rauchen Sie ?**

- nein
- gelegentlich
- regelmässig, aber wenig
- regelmässig und viel (mehr als 1 Packung Zigaretten oder 3 Pfeifen pro Tag)

**10. Treiben Sie Sport ?**

- nein oder nur sehr selten
- ja, gelegentlich
- ja, regelmässig und mehrere Male pro Woche wenn ja: welche Art von Sport (Ausdauer, Jogging, Kraftsport, ...)

---

---

---

**11. Wie ist Ihr Schlaf ?**

- gut / erholsam
- fühle mich morgens gut ausgeschlafen und bin tagsüber fit oder kaum müde.
- kann schlecht einschlafen, warum ?  
\_\_\_\_\_
- kann nicht durchschlafen, warum ?  
\_\_\_\_\_
- leide regelmässig und oft unter Schlaflosigkeit
- bin morgens müde
- fühle mich morgens verspannt
- bin tagsüber öfters müde

**12. Welche Aussagen bezüglich Ihres Empfinden treffen zu ?**

**Ich bin öfters ...**

- gereizt / verärgert
- nervös
- gestresst
- frustriert
- deprimiert
- unsicher / ängstlich
- nachdenklich, in Gedanken versunken
- sorgenvoll
- traurig
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**13. Wieviel und was für Stress haben Sie ?**

- kein oder nur sehr wenig Stress
- häufig Stress, aber nicht jeden Tag und auch nur für relativ kurze Zeit
- regelmässig Stress (fast täglich), aber nicht den ganzen Tag lang.
- täglich Stress, die meiste Zeit
- überwiegend leichter Stress
- überwiegend starker Stress

**14. Haben Sie oft Kopfschmerzen ?**

- nein
- ja, manchmal
- ja, täglich

**15. Falls ja, wo genau sind die Schmerzen ?**

- an der Stirn
- an den Schläfen
- über den Augen
- unterhalb der Augen
- am ganzen Kopf
- am Hinterkopf / Nacken
- wo sonst: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**16. Wie sind die Schmerzen ?**

- Druck, dumpfe Schmerzen
- pochend
- schwerer Kopf
- stechend
- prickelnd
- anders: \_\_\_\_\_

**NOTIZEN :**