

## Mundgeruch Fragebogen: Anamnese

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

- a) Nonverbale Körpersprache anderer Leute
- b) jemand hat es mir gesagt
- c) Ich weiss es einfach

### 2. Wie lange ist Ihnen Ihr Mundgeruch schon bewusst?

- a) Seit Wochen
- b) Seit Monaten
- c) Seit Jahren

### 3. Wie intensiv, Ihrer Einschätzung nach, ist Ihr Mundgeruch?

- a) sehr stark
- b) durchschnittlich
- c) schwach

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

.....  
.....

### 5. Wie hoch schätzen Sie Ihren Stressstatus ein?

- a) sehr hoch
- b) hoch
- c) gering
- d) keinen

### 6. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?

.....

### 7. Trinken Sie alkoholische Getränke? Wenn ja, wann i.d.R.?

.....

### Wie viel pro Woche?

.....

### 8. Wie oft haben Sie Mundgeruch?

- a) 1 mal pro Monat
- b) 1 mal pro Woche
- c) 3 mal pro Woche
- d) Täglich
- e) Immer

### 9. Haben Sie gehäuft Mundgeruch zu einer bestimmten Tageszeit?

- a) Nach dem Aufwachen
- b) Wenn hungrig
- c) Wenn müde
- d) Wenn durstig
- e) Morgens
- f) Mittags
- g) Ganztags
- h) Wenn ich mit anderen Menschen rede
- i) Abends
- j) Sonstiges

### 10. Was machen Sie beruflich?

.....

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

- a) ja b) nein

**12. Ist Ihr Mundgeruch stärker bei der Arbeit?**

- a) ja b) nein

**13. Können Sie irgendeinen Zusammenhang zwischen Ihrer Arbeit und dem Mundgeruch erkennen? Wenn ja, welchen?**

.....  
.....

**14. Beschreiben Sie Ihren Mundgeruch so genau wie möglich:**

- |             |                  |
|-------------|------------------|
| a) bitter   | b) brennend      |
| c) faul     | d) fischig       |
| e) blumig   | f) fruchtig      |
| g) ranzig   | h) fäkal         |
| i) sauer    | j) stinkend      |
| k) süsslich | l) „knoblauchig“ |

**15. Hat Ihr Mundgeruch einen Einfluss auf Ihr Sozialleben? Wenn ja, welchen?**

.....  
.....

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

- |             |                  |
|-------------|------------------|
| a) auf 30cm | b) auf 1m        |
| c) auf 1.5m | d) mehr als 1.5m |

**17. Können Sie Beläge auf Ihrer Zunge feststellen?**

- a) ja b) nein

**18. Putzen Sie die Zähne jeden Tag?**

- a) ja b) nein

**19. Haben Sie Zahnfleischbluten?**

- a) ja b) nein

**20. Benutzen Sie Zahnseide?**

- a) ja b) nein

**21. Benutzen Sie Mundwasser?**

- a) Ja. Name des Mundwassers?.....  
b) nein

**22. Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?**

.....



34. Machen Sie eine spezielle Diät? Wenn ja, welche?  
.....

35. Atmen Sie regelmässig durch den Mund?

- a) ja
- b) nein
- c) während dem Schlafen

36. Für Frauen: Haben Sie den Eindruck, dass der Mundgeruch während der Periode stärker ist?

- a) ja
- b) nein

**Bitte beachten:**

-3 Wochen vor dem Untersuch:            - keine Antibiotika - Behandlung

-48h vor der Untersuchung:            - keine scharfen oder stark gewürzten Sachen essen  
    - keine Zwiebeln oder Knoblauchessen

- am Untersuchungstag:                    - keine pfefferminzhaltige Produkte einnehmen  
    - weder rauchen noch Alkohol trinken  
    - keine parfümierten Kosmetika verwenden (Alkoholgehalt)

-4h vor der Untersuchung:                - nichts mehr essen/trinken  
    - keine Mundhygiene betreiben  
    - keine Mundspülung verwenden