



Zahnarzt Team Luzern

Dr. med. dent. Markus Schulte
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Winkelriedstrasse 37
6003 Luzern – Tel. 041 210 58 58
www.ztlu.ch

Verhalten vor der Mundgeruch-Sprechstunde:

Um unverfälschte und miteinander vergleichbare Ergebnisse der Untersuchung zu erzielen, bitten wir Sie, folgende Verhaltensregeln zu beachten:

Drei Wochen vor der Mundgeruch-Sprechstunde:

Antibiotika: Werden oder wurden sie mit Antibiotika behandelt, so muss diese Behandlung mindestens drei Wochen vor der Sprechstunde abgeschlossen sein

Am Tag vor der Mundgeruch-Sprechstunde:

Keinen Knoblauch, Zwiebeln oder andere stark riechende oder Mundgeruch verursachende Nahrungsmittel essen, Alkohol nur in kleinen Mengen

Am Untersuchungstag:

Es ist alles zu unterlassen, was zu einer Überdeckung des Mundgeruchs führen könnte:

- Rauchen
- Alkoholische Getränke
- Kaugummi kauen
- Bonbons, Pfefferminz etc.
- Benutzung von Zahnpasta, Mundspray, Mundwasser oder –spülung
- After Shave, Eau de Toilette, Parfum
- Haarspray
- Kosmetika, Hautcrème und alle parfümierten Produkte

Vier Stunden vor der Mundgeruch-Sprechstunde:

- Keine Mundhygiene (Zähneputzen, Zahnseide) mehr betreiben
- Nichts essen und bei Bedarf nur Wasser trinken.

Bitte bringen Sie den Halitosis-Fragebogen ausgefüllt mit zur Mundgeruch-Sprechstunde. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Halitosis-Fragebogen

Name/Vorname des Patienten..... Datum.....

Woher wissen Sie, dass Sie Mundgeruch haben?	<input type="checkbox"/> Aus dem Verhalten anderer Leute <input type="checkbox"/> Jemand hat es mir gesagt <input type="checkbox"/> Ich weiss es einfach
Wie lange wissen Sie schon, dass Sie schlechten Atem haben?	<input type="checkbox"/> Erst seit kurzer Zeit <input type="checkbox"/> Seit mehreren Monaten <input type="checkbox"/> Seit mehreren Jahren
Wie intensiv schätzen Sie Ihren Mundgeruch ein?	<input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwach
Nennen Sie Situationen, bei denen Ihnen bewusst wurde, dass Sie Mundgeruch haben.
Wieviel Stress haben Sie?	<input type="checkbox"/> sehr viel <input type="checkbox"/> viel <input type="checkbox"/> durchschnittlich <input type="checkbox"/> wenig
Wann haben Sie hauptsächlich Mundgeruch?	<input type="checkbox"/> nach dem Aufwachen <input type="checkbox"/> wenn ich Hunger oder Durst habe <input type="checkbox"/> wenn ich müde bin <input type="checkbox"/> den ganzen Tag <input type="checkbox"/> bei der Arbeit <input type="checkbox"/> wenn ich mit anderen Menschen spreche <input type="checkbox"/> Sonstiges.....
Wie oft haben sie Mundgeruch?	<input type="checkbox"/> einmal pro Monat <input type="checkbox"/> einmal pro Woche <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> immer
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,Zigaretten täglich
Was machen Sie beruflich?
Stresst Sie Ihre berufliche Tätigkeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Können Sie einen Zusammenhang zwischen Ihrer Arbeit und dem Mundgeruch erkennen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie viel Stress haben Sie insgesamt (beruflich und privat)	<input type="checkbox"/> Sehr viel <input type="checkbox"/> Viel <input type="checkbox"/> Durchschnittlich <input type="checkbox"/> Wenig
Beschreiben Sie Ihren Mundgeruch so genau wie möglich (z.B. bitter, brennend, faulig, süsslich, stinkend, knoblauchartig)
Hat Ihr Mundgeruch Einfluss auf Ihr Privat- oder Sozialleben? Wenn ja, welchen?	.
Aus welcher Distanz kann man Ihren Mundgeruch wahrnehmen?	<input type="checkbox"/> 30 Zentimeter <input type="checkbox"/> 1 Meter <input type="checkbox"/> weiter als 1 Meter
Können Sie Beläge auf Ihrer Zunge feststellen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie oft putzen Sie Ihre Zähne? mal täglich
Benutzen sie regelmässig Zahnseide oder Zahnzwischenraum-Bürstchen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Zahnfleisch-Bluten oder andere Zahnfleisch-Probleme?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Benutzen Sie Mundwässer / Mundspülungen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, wie oft?mal pro..... Name der Mundspülung.....
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, gegen was?.....
Sind Sie häufig verschnupft? Müssen Sie häufig Ihre Nase reinigen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie manchmal unter Mundtrockenheit?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, wie oft?mal pro.....
Glauben Sie, dass sie momentan Mundgeruch haben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie zur Zeit folgende Medikamente zu sich?	<input type="checkbox"/> Antibiotika <input type="checkbox"/> Asthma-Spray <input type="checkbox"/> Mittel gegen Magensäure

	<input type="checkbox"/> Antidepressiva <input type="checkbox"/> Andere Medikamente?.....
Woher kommt Ihrer Meinung nach der Geruch?	<input type="checkbox"/> Vom Mund <input type="checkbox"/> Von der Nase <input type="checkbox"/> Von beidem
Was sind Ihrer Meinung nach die Ursachen für Ihren Mundgeruch?
Wie haben Sie bisher Ihren Mundgeruch bekämpft?	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Mundwasser <input type="checkbox"/> Lutschbonbons <input type="checkbox"/> Vermeidung gewisser Nahrungsmittel ggf. welche?..... <input type="checkbox"/> Sonstiges.....
Waren Sie schon bei anderen Ärzten wegen Ihres Mundgeruchs?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, wann..... Wenn ja, bei welchem Arzt? <input type="checkbox"/> Zahnarzt <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenarzt <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Internist <input type="checkbox"/> Heilpraktiker / Homöopath <input type="checkbox"/> Sonstiger Arzt.....
Was wurde ggf. bei den oben genannten. Ärzten unternommen?	<input type="checkbox"/> Untersuchung des Mundes <input type="checkbox"/> Untersuchung des Halses <input type="checkbox"/> Untersuchung der Nebenhöhlen <input type="checkbox"/> Untersuchung des Magens <input type="checkbox"/> Untersuchung des Blutes <input type="checkbox"/> Sonstige Untersuchungen.....
Wurden ihnen von diesen Ärzten Medikamente oder andere Präparate verschrieben oder empfohlen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> Antibiotika <input type="checkbox"/> Medikamente gegen Magensäure <input type="checkbox"/> Mundwasser <input type="checkbox"/> Lutschtabletten <input type="checkbox"/> Andere.....

	<p>.....</p>
<p>Hatten Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nasen-Nebenhöhlenentzündung? <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Nase? <input type="checkbox"/> Magenprobleme? <input type="checkbox"/> Lungen oder Bronchialerkrankung? <input type="checkbox"/> Lebererkrankung? <input type="checkbox"/> Mundtrockenheit? <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen? <input type="checkbox"/> Depressionen?
<p>Befolgen Sie eine spezielle Diät?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <p>Wenn ja, welche?.....</p>
<p>Haben Sie durch schlechten Atem eines der folgenden Probleme?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ich vermeide es, mit anderen Menschen zu sprechen. <input type="checkbox"/> Ich bin gehemmt, wenn jemand in meine Nähe kommt. <input type="checkbox"/> Ich mag keine anderen Menschen treffen. <input type="checkbox"/> Ich kann nicht mit Menschen in nähere Beziehung treten. <input type="checkbox"/> Andere Menschen meiden mich. <input type="checkbox"/> Andere..... <input type="checkbox"/> Nein, ich habe keines dieser Probleme.
<p>Waren Sie betroffen über die Reaktion anderer Menschen wegen Ihres schlechten Atems?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <p>Wenn ja, welche Reaktion löste Ihr Atem aus?</p> <p>.....</p>
<p>Sind Sie sicher, dass diese Reaktion durch Ihren Mundgeruch ausgelöst wurde?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja