



Anamnesebogen Teil 1

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Gesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse einer optimalen Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen; bei Fragen helfen wir gern. Sämtliche Angaben unterliegen dem Arztgeheimnis.

Name, Vorname

Geburtsdatum

PZL, Wohnort

Straße, Hausnummer

Telefon

Beruf

Woher wissen Sie, dass Sie Mundgeruch haben?

Körpersprache anderer Leute

Jemand hat es mir gesagt

Ich weiß es einfach

Was vermuten Sie ist/sind in Ihrem Fall die

Ursache/n für den Mundgeruch?

.....
.....

Wie lange ist Ihnen Ihr Mundgeruch schon bewusst?

.....

Wie intensiv schätzen Sie Ihren Mundgeruch ein?

Sehr stark durchschnittlich schwach

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten?.....

Wann rauchen Sie die erste Zigarette?.....

Wie oft haben Sie Mundgeruch?

Einmal im Monat dreimal die Woche

Einmal die Woche täglich

Zweimal die Woche immer

Haben Sie gehäuft Mundgeruch zu einer bestimmten

Tageszeit?

Wenn ja, wann?.....

Wie hoch schätzen Sie Ihren „Stress- Status“ ein?

Sehr hoch durchschnittlich

Hoch gering

Wie haben Sie bisher den Mundgeruch

bekämpft?

Gar nicht Mundwasser

Kaugummi Bonbons

Reinigung der Zahnzwischenräume

Vermeidung gewisser Nahrungsmittel

Zungenreinigung

Haben Sie bei anderen Personen (Hausarzt,

Hals-Nasen-Ohrenarzt, etc.) Rat gesucht? Wo?

.....

Ist bereits eine Behandlung erfolgt?

.....

Leiden Sie unter Mundtrockenheit? Wann?

.....

Haben Sie schlechten Geschmack? Wann?

.....

Stress Sie Ihre berufliche Tätigkeit?

Ja Nein

Können Sie einen Zusammenhang zwischen Ihrer Arbeit

.....

**Gab es drastische Lebensabschnittveränderungen in den
Letzten 5 Jahren (z.B. Scheidung, Tod einer nahstehenden
Person, ernsthafte Erkrankungen, Arbeitslosigkeit, erhöhte
Berufliche Belastung, psychische oder finanzielle Probleme)?**

Ja Nein

.....

.....

Wie oft putzen Sie die Zähne am Tag?

1x 2x 3x öfter als 3x

Benutzen Sie Mundwasser?

Ja Nein

Wie haben Sie bisher den Mundgeruch bekämpft?

Mundwasser Kaugummi Bonbons

Vermeidung bestimmter Lebensmittel

Atmen Sie regelmäßig durch den Mund?

Ja Nein

Atmen Sie in der Nacht oft durch den Mund?

Ja Nein

**Haben Sie am Morgen den Eindruck eines
trockenen Mundes?**

Ja Nein

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

Ja Nein

**Hat Ihr Mundgeruch Einfluss auf Ihr Privat-
oder Sozialleben?**

Ja Nein

**Welche Ursache(n) glauben Sie sind bei Ihnen
für den Mundgeruch verantwortlich?**

.....

.....

Machen Sie eine spezielle Diät?

.....