

# Anamnesebogen Ver.33

-bitte sorgfältig ausgefüllt zum Untersuchungstermin mitbringen-

Dr. Karsten Heurich  
Laubacher Straße 35 14197 Berlin Tel.: 030 / 873 23 76

Name: .....  
Vorname: .....  
geb.: .....  
Straße: .....  
PLZ/Ort: .....

Telefon: .....  
Krankenversicherung: .....  
Email: .....@.....  
berufliche Tätigkeit: .....

### Seit wann haben Sie Mundgeruch?

- seit meiner Kindheit
- seit meiner Jugend
- seit .....Jahren
- allmählicher Beginn, immer stärker werdend
- plötzlicher Beginn
- weiß ich nicht

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

- Andeutungen und Körpersprache anderer Leute
- es wurde mir gesagt (wer, wann?)
- .....
- ich weiß es einfach

### Wie oft haben Sie Mundgeruch?

- einmal im Monat
- einmal pro Woche
- zweimal pro Woche
- dreimal pro Woche
- täglich
- immer

### Können Sie Ihren Mundgeruch selbst riechen?

- nein
- ja (wie würden Sie ihn beschreiben?)

.....

### Wie intensiv ist Ihrer Meinung nach Ihr Mundgeruch?

- sehr stark
- durchschnittlich
- schwach

### Wann haben Sie keinen Mundgeruch?

- selten
- oft
- niemals
- im Urlaub
- weiß ich nicht
- .....

### Wann ist Ihr Mundgeruch bzw. Ihr Geschmack im Mund am schlimmsten?

- morgens nach dem Aufwachen
- mittags
- abends
- nachts (im Liegen)
- wenn durstig
- nüchtern (wenn lange nichts gegessen)
- direkt nach dem Essen
- einige Zeit nach dem Essen
- nach fetten oder öligen Speisen
- nach scharfem Essen (starke Gewürze)
- nach Milchprodukten
- nach Süßigkeiten (Schokolade)
- nach Alkohol
- beim Husten
- bei Schnupfen
- bei Stress
- bei Sport/ Anstrengung
- bei Kummer/ Sorgen
- bei Ärger/ Wut

### Der Geschmack im Mund ist dann:

- unauffällig
- sauer
- bitter
- stechend
- süßlich
- salzig
- fischig
- muffig/ fade/ abgestanden
- blutig
- eitrig
- faulig
- verbrannt
- alkalisch (wie Seife)
- metallisch
- .....

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

- ja
- nein

**Wie ist der Zungenbelag meistens beschaffen?**

- weißlich
- gelblich
- grau
- braun/ schwarz
- dünn
- dick
- .....

**Haben Sie Zahnfleischbluten?**

- ja
- nein

**Wie oft putzen Sie Ihre Zähne ?**

- mehrmals täglich
- einmal täglich
- nicht jeden Tag

**Benutzen Sie Zahnseide? Wenn ja, wie häufig?**

.....

**Benutzen Sie Mundwasser? Wenn ja wie häufig?**

.....

**Name des Mundwassers?**

.....

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

.....  
.....  
.....

**Sind Sie häufig verschnupft? Müssen Sie häufig Ihre Nase reinigen?**

- ja
- nein

**Leiden Sie manchmal unter Mundtrockenheit?**

- Nein

**Wenn ja, wie häufig?**

.....

**Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?**

.....

**Nehmen Sie zur Zeit folgendes zu sich?**

- Vitamine
- Abführmittel
- Mittel gegen Magensäure
- Medikamente

.....  
.....  
.....

**Was vermuten Sie, ist (sind) in Ihrem Fall die Ursache(n) für den Mundgeruch?**

.....  
.....  
.....

**Wie haben Sie bisher den Mundgeruch bekämpft?**

- gar nicht
- Mundwasser
- Kaugummi
- Bonbons
- Vermeidung bestimmter Nahrungsmittel
- Reinigung der Zahnzwischenräume
- Zungenreinigung

.....

.....

.....

.....

**Bei welchen Ärzten waren Sie bisher wegen Ihres Mundgeruches?**

- Hausarzt:

Diagnose:.....

Therapie:.....

.....

- Internist:

Diagnose:.....

Therapie:.....

.....

- HNO-Arzt:

Diagnose:.....

Therapie:.....

.....

o Heilpraktiker:  
Diagnose:.....  
Therapie:.....  
.....

o anderer Arzt:  
(wer?).....  
Diagnose:.....  
Therapie:.....  
.....

o anderer Arzt:  
(wer?).....  
Diagnose:.....  
Therapie:.....  
.....

**Hatten Sie jemals eine der folgenden Krankheiten?**

- o Nasennebenhöhlenentzündung oder andere Erkrankungen der Nase
- o Magenstörungen
- o Lungen- oder Bronchialerkrankungen
- o Lebererkrankungen
- o Blutarmut
- o Krebs
- o HIV positiv/AIDS
- o Gemütskrankungen
- o andere Erkrankungen, die im Zusammenhang mit Ihrem Mundgeruch stehen könnten

.....  
.....  
.....  
.....

**Machen Sie eine spezielle Diät? Wenn ja welche?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Ergänzungen/ Anmerkungen/Sonstiges**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Bitte beachten Sie folgendes für Ihren Untersuchungstermin in unserer Praxis:**

**-mindestes drei Wochen vor der Untersuchung keine Antibiotika Behandlung!**

**ab 48 Stunden vor der Untersuchung:**

- keine scharfen oder stark gewürzten Sachen essen
- keine Zwiebeln und Knoblauch essen

**ab 3 Stunden vor der Untersuchung:**

- nichts mehr essen oder trinken
- keine Mundhygiene mehr betreiben
- keine Mundspülungen verwenden
- keine pfefferminzhaltigen Produkte einnehmen
- weder rauchen noch Alkohol trinken
- keine parfümierte Kosmetika verwenden (Alkoholgehalt)

**Zähneputzen ohne Zahnpasta ist ebenfalls erlaubt.**