

# Fragebogen-Mundgeruch

**Leider sind die Ursachen von chronischem Mundgeruch nicht ganz so einfach festzustellen, wie uns dies so manche Halitose-Spezialisten und Kliniken einreden wollen. Auch besteht die Therapie keineswegs nur in irgendwelchen Mundspülungen, Zungenreinigung oder Zahnfleischbehandlungen.**

**Diese Erkenntnis habe ich nach 2 ½ Jahren Erfahrungen in meiner Praxis gewonnen.**

**Aus diesem Grund habe ich den Fragebogen angepaßt und um wesentliche Fragen erweitert.**

## **Denken Sie bitte daran**

Die Auswertung der Krankengeschichten stellt einen wichtigen Beitrag zur Erforschung der Ursachen und den Behandlungsmöglichkeiten des chronischen Mundgeruches dar. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und können nur von mir und evtl. Ihrem behandelnden Arzt (nach vorheriger Rücksprache) eingesehen werden.

## **Vorbemerkungen zu den Fragen**

Die eine oder andere Frage mag Ihnen etwas ungewöhnlich erscheinen. Einige Fragen - Allgemeinerkrankungen, Psyche, Sexualität - gehen sehr weit ins Persönliche hinein. Viele der Fragen haben auf den *ersten* Blick auch gar nichts mit *Ihrem* Mundgeruch zu tun. Dennoch sind die Antworten auf diese Fragen wichtig. In machen Fällen könnten diese Antworten der Schlüssel zur „Diagnose“ sein. Sie müssen auch gar nicht *alle* Fragen beantworten !

Alle Ihre Aussagen sollen mir einen möglichst detaillierten Einblick in Ihren Körper und auch in Ihre Psyche geben. Die westliche Medizin betrachtet Mundgeruch als ein lästiges „Symptom“, ist aber meistens nicht in der Lage, dieses „Symptom“ oder die zugrunde liegende Störung auch zu behandeln. Viele meiner Patienten haben die gleichen Erfahrungen gemacht - viele Ärzte, viel Achselzucken.

Aus diesem Grund möchte ich die „Diagnose“ nicht *nur* im Sinne der westlichen Medizin, sondern *auch* im Sinne der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) stellen. Die TCM kann Störungen der physiologischen Abläufe im Körper - man nennt es Störungen der Körperenergie Qi - im Gegensatz zur westlichen Medizin bereits erkennen, bevor diese Störungen zu Erkrankungen werden. Die Ärzte der TCM - wie ich auch - sind der Ansicht, dass ein großer Teil der inneren Störungen und Erkrankungen - auch Mundgeruch - emotional bedingt sind. Die westliche Medizin spricht hier von psycho-somatischen Erkrankungen. Die Seele macht den Körper krank.

Das entscheidende aber ist, die TCM kann diese Störungen oft auch heilen (mit Diäten, Kräutern und Akupunktur).

Die **Auswertung\* des nun sehr erweiterten Fragebogens mit Therapie-Vorschlägen** (schriftlich) kostet **75 €**.

Mit der Auswertung erhalten Sie meine Bankverbindung. Die Kosten für die Auswertung würden bei einer späteren Behandlung in meiner Praxis angerechnet, da dann bei der Erhebung der Anamnese (= Krankengeschichte) Zeit eingespart werden kann.

\* Bitte lassen Sie alle **Verdachtsdiagnosen in jedem Fall** von Ihrem **Hausarzt, HNO-Arzt** oder

**Internisten bestätigen oder ausschließen**. Beginnen Sie keine medikamentöse Therapie ohne die Diagnose von Ihrem behandelnden Arzt bestätigen zu lassen und sprechen Sie die Therapie mit Ihrem Arzt/Zahnarzt ab. Auf Ihren Wunsch werde ich mich auch direkt mit Ihrem behandelnden Arzt in Verbindung setzen.

## Ihre Krankengeschichte

Vorname	Name	Alter
Strasse	PLZ	Ort
Telefon:	Telefax:	Email:
Beruf	Krankenversicherung	
männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>	
Größe in cm	Gewicht in kg	

### Allgemeinerkrankungen

#### 1. Haben Sie eine chronische Erkrankungen ?

- Asthma
- Diabetes
- hohen Blutdruck
- Rheuma (mit Fieber?)
- chronische Arthritis
- Muskelschmerzen
- Muskelkrämpfe
- Gelenkschmerzen
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion
- Harnwegsinfektionen
- Nierenentzündungen
- Nierensteine
- Gallensteine
- Leberprobleme (Fettleber, Zirrhose)
- Hepatitis
- Mononukleose (= Drüsenfieber)
- Tuberkulose
- AIDS
- Krebs
- Sonstige Erkrankung

### Operationen

#### 2. Welche Operationen hatten Sie bisher und wann ?

- Mandel-Operation
- Nasenscheidewand-Operation
- Operation am Magen o. Speiseröhre
- Bauchoperation
- Sonstige Operationen

#### 3. Hatten Sie als Kind oder Jugendliche(r)

- oft schlechte Zähne (Karies)
- oft Angina
- oft Kopfschmerzen
- oft Bauchschmerzen

#### 4. Haben Sie in den letzten Jahren Antibiotika eingenommen ?

- nein, nie
- ja, einmal, Weshalb? Welches ?
- ja, öfter, Weshalb? Welches ?

#### 5. Welche Medikamente nehmen Sie wofür ein ?

- 1.
- 2.
- 3.

#### 6. Nehmen Sie zur Zeit Vitamine, Spurenelemente oder homöopathische Medikamente ein ? Welche ?

- 1.
- 2.
- 3.

### Arztbesuche wegen Mundgeruch

#### 7. Bei welchen Ärzten waren Sie wegen Ihres Mundgeruches ?

- Hausarzt  
Diagnose: Therapie
- Internist  
Diagnose: Therapie
- HNO-Arzt  
Diagnose: Therapie
- Heilpraktiker  
Diagnose: Therapie
- TCM-Arzt  
Diagnose: Therapie
- Radiologe  
Diagnose:

## Mundgeruch/Mundgeschmack

### 8. Seit wann haben Sie Mundgeruch ?

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

### 9. Wurde Ihnen gesagt, daß Sie Mundgeruch haben ?

- nein
- nur Andeutungen
- ja , öfter . Von wem ?

### 10. Können Sie Ihren Mundgeruch selbst riechen ?

- nein
- ja, wann

### 11. Wie riecht Ihr Mundatem

(auch lt. Angaben ihrer Partner ?)

- faulig
- fischig
- verfaulte Äpfel
- alkoholisch
- säuerlich
- bitterlich
- abgestanden („altes Blumenwasser“)

### 12. Wann ist Ihr Mundgeruch bzw. Ihr Geschmack im

#### Mund am schlimmsten ?

- abends
- nachts (im Liegen)
- nüchtern (wenn lange nichts gegessen)
- direkt nach dem Essen
- 30 - 60 Minuten nach dem Essen
- nach Alkohol
- nach Süßigkeiten (Schokolade)
- nach fetten o. öligen Speisen
- nach Milchprodukten
- nach scharfem Essen (starke Gewürze)
- beim Husten
- bei Schnupfen
- bei Streß
- bei Sport/Anstrengung
- bei Kummer/Sorgen
- bei Ärger/Wut

#### bei der Frau

- vor den Tagen
- während den Tagen

#### beim Mann

- nach sexueller Aktivität (Ejakulation)

### 13. Wann haben Sie keinen Mundgeruch ?

- im Urlaub
- weiß ich nicht
- Sonstiges
- nein
- manchmal
- oft

### 14. Der Geschmack im Mund ist...

- sauer
- bitter
- bitter, vormittags nach schlafloser Nacht
- stechend, scharf (wie Mist)
- süßlich
- salzig
- fischig
- muffig /fade/abgestanden
- blutig
- eitrig
- faulig
- verbrannt
- alkalisch (wie Seife)
- metallisch
- adstringierend\* \* zieht den Mund zusammen
- kein o. verringertes Geschmacksempfinden

## Mundhygiene

### 15. Wie oft putzen Sie Ihre Zähne ?

- mehrmals täglich
- einmal täglich
- nicht jeden Tag

### 16. Benutzen Sie Mundwasser ?

- fast nie
- einmal täglich, welches Produkt ?
- nach jedem Zähneputzen, welches Produkt ?

### 17. Benutzen Sie Zahnseide oder andere Hilfsmittel zur Mundhygiene ?

- Zahnseide, wie häufig ?
- Superfloss, wie häufig ?
- Zahnzwischenraumbürstchen, wie häufig ?
- Munddusche, wie häufig ?

### 18. Zerfasert die Zahnseide beim "Fädeln" an Füllungen oder Goldkronen ?

- nein
- manchmal
- fast immer

**19. Riecht die Zahnseide nach dem "Fädeln" unangenehm ?**

- nie
- manchmal
- fast immer
- beim Fädeln der Backenzähne
- beim Fädeln der Schneidezähne

**20. Bleiben beim Essen oft Nahrungsbestandteile in den Zähnen stecken ?**

- nein
- manchmal
- fast immer

**Mundhöhle**

**21. Haben Sie Zahnfüllungen oder Zahnersatz ?**

- keine oder nur wenige Füllungen
- viele dunkle Amalgam-Füllungen
- Amalgam-Füllungen neben Goldkronen
- Teilprothese
- Vollprothese (oben/unten)

**22. Welche Farbe hat Ihr Zahnfleisch am Zahnrand ?**

- blassrosa
- dunkelrot
- bläulich

**23. Blutet Ihr Zahnfleisch ?**

- nie oder ganz selten
- ab und zu, beim Zähneputzen o. beim Fädeln
- oft, auch spontan beim Essen (Apfel)

**24. Haben Sie oft einen trockenen Mund ?**

- nein (nur bei Sport bzw. Aufregung)
- morgens beim Aufwachen
- auch tagsüber

**25. Wie fühlt sich Ihre Mundschleimhaut an ?**

- feucht und glatt
- schleimig
- klebrig
- rau
- trocken

**26. Welche Farbe hat Ihre Zunge meistens ?**

- blassrot
- hellrot
- dunkelrot
- bläulich (purpur)

**27. Haben Sie Zungenbelag ?**

- manchmal
- oft

**28. Wann haben Sie vermehrt Zungenbelag ?**

- nach dem Essen
- nach Alkohol
- nach Süßem
- nach Milchprodukten
- bei Ärger/Streß

**29. Wie ist der Zungenbelag meistens beschaffen ?**

- weißlich
- gelblich
- grau
- braun/schwarz
- dünn
- dick
- nass
- trocken
- klebrig, fettig
- rissig, rau

*Reiben Sie mit einem Wattestäbchen ein paar Mal über die hintere Zungenmitte !*

**30. Wie riecht das Wattestäbchen, nachdem es 20 Sekunden lang getrocknet ist ?**

- nach gar nichts, etwas muffig
- übelriechend, es riecht wie

**31. Leiden Sie an Zungenbrennen ?**

- nein
- manchmal
- häufig

**32. Reinigen Sie Ihre Zunge ?**

- häufig
- nur gelegentlich
- nie
- mit meiner Zahnbürste
- mit einem Zungenschaber

**Rachen**

*Öffnen Sie weit Ihren Mund und sagen Sie „Aah“ !  
Betrachten Sie Ihren Rachen (mit Taschenlampe!)*

**33. Wie ist die Farbe Ihres Rachens ?**

- blassrosa (= normal)
- hellrot, leicht entzündet
- dunkelrot, entzündet (evtl. geschwollen)
- marmoriert dunkelrot
- blassrosa mit vielen Äderchen
- blassrosa mit rötlich-glasigen Schlieren

**34. Haben Sie öfter.... ?**

- Halsschmerzen
- Schluckbeschwerden
- das Gefühl einen Kloß im Hals zu haben
- Räusperzwang

**35. Läuft Ihnen oft Nasensekret d. Rachen hinunter ?**

- nein
- manchmal
- ständig

**36. Wie sieht das Rachensekret aus ?**

- glasig, transparent
  - weißlich, schaumig
  - weißlich, zäh (wie Holzleim)
  - gelblich, zäh
  - grünlich, zäh
- es sieht aus wie

**37. Wie schmeckt das hochgeräusperte Rachensekret ?**

- nach nichts
  - sauer
  - bitter
  - süßlich
  - ekelig
- es schmeckt wie

**38. Wie sehen Ihre Mandeln aus ?**

- habe keine Mandeln mehr
- kaum sichtbar
- glatte Oberfläche
- groß und zerklüftet
- blassrosa
- düsterrot
- weiß-gelb gepunktet (= Sekretpfropfen)

**Nase und Nasennebenhöhlen**

**39. Haben Sie Allergien ?**

- Heuschnupfen
  - Hausstaub oder Tierhaare
  - Nahrungsmittel (z.B. Milch, Nüsse)
  - Medikamente; welche Medikamente
- Sonstige Allergien

**40. Näseln Sie ? (nasale Stimme)**

- nein
- ja

**41. Atmen Sie vorwiegend durch den Mund oder durch die Nase ?**

- durch die Nase
- durch den Mund

**42. Schnarchen Sie ?**

- nein
- ja

**43. Ziehen Sie oft die Nase hoch (Schniefen) ?**

- überhaupt nicht
- manchmal
- ja, häufig

**44. Haben Sie das Gefühl, dass sich am Rachendach Sekret befindet, das sich auch beim Hochziehen nicht richtig löst ?**

- nie
- manchmal
- oft

*Schneuzen Sie in ein Taschentuch !*

**45. Wie ist Ihr Nasensekret beschaffen ?**

- wenig Sekret
- viel Sekret
- Sekret einseitig
- Sekret beidseitig
- glasklar und dünnflüssig
- weißlich, zäh
- grünlich, zäh
- sehr borkig, fest
- öfter blutig
- öfter eitrig
- geruchlos

**46. Haben Sie oft eine verstopfte Nase**

- häufig
- immer
- einseitig
- beidseitig

**47. Leiden Sie unter einer trockenen Nase ?**

- selten
- häufig
- immer

**48. Haben Sie Kopfschmerzen ?**

- selten
- manchmal
- häufig

**49. Wo sind die Kopfschmerzen lokalisiert ?**

- Stirn
- Schläfen
- an der Nasenwurzel
- über den Augen
- in der Schädelmitte / Scheitel
- am Hinterkopf / Nacken

**50. Welcher Art sind die Kopfschmerzen?**

- schwerer Kopf
- Kopfdruck und Druck hinter den Augen
- Kopfdruck als wäre Kopf umwickelt
- drückende Schmerzen in Kopf und Augen
- dumpfe Kopfschmerzen
- hohle Kopfschmerzen
- prickelnde, lokalisierte Kopfschmerzen

**51. Haben Sie öfter Nasenbluten ?**

- selten
- ab und zu
- häufig

**Speiseröhre**

**52. Müssen oder mußten Sie öfter Erbrechen?**

- nein
- ja

**53. Müssen Sie oft Aufstoßen ?**

- selten
- häufig

**54. Wie schmeckt das Aufgestoßene ?**

- nach nichts
  - öfter sauer
  - öfter bitter
  - öfter faulig
  - öfter blutig
- Es schmeckt wie...

**54. Haben Sie öfter Schluckauf ?**

- nein
- gelegentlich
- häufig

**55. Haben Sie Sodbrennen ?**

- nein
- gelegentlich
- häufig

**56. Haben Sie öfter Brustschmerzen ?**

- nein
- ja
- beim Atmen
- bei Anstrengung
- beim Husten
- nach dem Essen
- nach Alkohol
- nach Ärger/Zorn

**57. Wo sind die Brustschmerzen lokalisiert ?**

- unter dem Brustbein
- unter den Rippen links
- unter den Rippen rechts
- über dem Herzen
- strahlen in den linken Arm aus

**58. Welcher Art sind die Brustschmerzen ?**

- Enge in der Brust
- drückende Schmerzen
- stechende Schmerzen unter Brustbein
- brennende Schmerzen unter Brustbein
- wandernde Schmerzen
- pochende, bohrende Schmerzen
- fixierter Schmerz (immer gleicher Ort)
- Schmerzen mit Schwitzen
- Schmerzen fangen ganz plötzlich an
- Schmerzen werden allmählich stärker

**59. Haben Sie Schluckbeschwerden ?**

- nein
- manchmal
- häufig
- nur bei großen Bissen
- auch bei kleinen Bissen
- auch beim Trinken

**Magen/Darm**

**60. Wir Ihnen nach dem Essen oft übel ?**

- nein
- ja

**61. Müssen oder mußten Sie oft erbrechen ?**

- nein
- ja
- ja, Bulimie

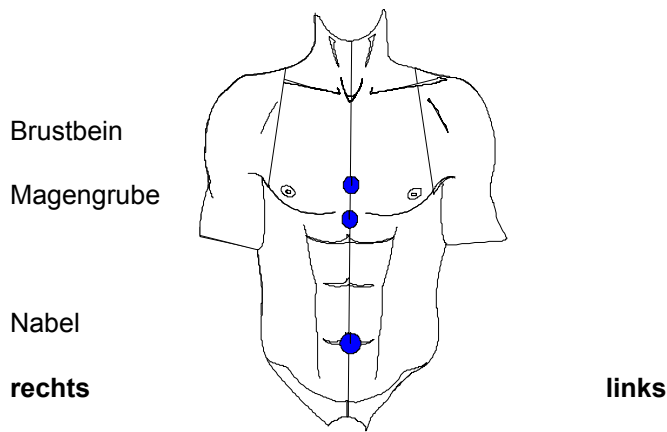
**62. Haben Sie oft Bauchschmerzen ?**

- nein
- ja

**63. Wo sind die Bauchschmerzen lokalisiert?**

- strahlen in rechten Rücken und Schulter aus
- strahlen gürtelförmig unterhalb des Nabels aus
- um den Nabel herum
- strahlen in linken Rücken und Schulter aus
- auf der linken Seite über dem Herzen
- im linken Unterbauch

**Markieren Sie, wo die Bauchschmerzen sind !**



**64. Wann haben Sie die Bauchschmerzen ?**

- morgens
- tagsüber
- nachts
- nüchtern (vor den Mahlzeiten)
- beim Essen
- nach dem Essen, wie lange nach dem Essen ?

**65. Welcher Art sind die Bauchschmerzen ?**

- drückende Schmerzen (leichte Schmerzen)
- dumpfe Schmerzen (nicht exakt lokalisierbar)
- dumpfe Schmerzen, gelindert durch Druck
- dumpfe starke Schmerzen, verstärkt durch Druck
- brennende Schmerzen
- kolikartige Schmerzen (wie Messerstich)
- stechende Schmerzen
- wandernde Schmerzen
- lokalisierter Schmerz (immer gleicher Ort)
- Schmerzen beginnen auf einmal
- Schmerzen werden erst allmählich stärker

**66. Was löst die Bauchschmerzen aus ?**

- kalte Getränke
- heiße Speisen
- süße Speisen
- fette Speisen
- Genuß von Alkohol
- körperliche Anstrengung
- Ärger/Zorn
- Sonstiges

**67. Haben Sie oft ein Völlegefühl im Oberbauch ?**

- nein
- ja, im Oberbauch / in der Magengrube
- ja, im Unterbauch / Nabelgegend

**68. Haben Sie oft Blähungen ?**

- nein
- ja

**69. Wann bekommen Sie Blähungen ?**

- nach Hülsenfrüchten
- nach Süßem
- nach Weißmehlprodukten
- nach fetten oder öligen Speisen
- nach Obstsaften
- nach Milchprodukten
- Nach sonstigem

**70. Haben Sie oft Magenbrummen(Magengeräusche)?**

- nein
- ja

**71. Haben Sie oft Darmgeräusche (Darmkollern) ?**

- nein
- ja

**72. Haben Sie oft Verstopfung ?**

- nein
- ja

**73. Haben Sie öfter Durchfälle ?**

- nein
- ja

**74. Wann bekommen Sie Durchfälle ?**

- bei Aufregung
- nach Süßem
- nach Fettem
- nach scharfen Gewürzen
- nach Obstsaften
- nach Milchprodukten

**75. Wie oft haben Sie Stuhlgang ?**

- einmal täglich
- 2-3 x pro Woche
- mehrmals täglich
- einmal pro Woche
- oft Verstopfung (selten Stuhlgang, harter Stuhl)
- oft Durchfälle (wässriger, dünner, breiiger Stuhl)
- oft Verstopfung/Durchfall im Wechsel

**76. Welche Farbe hat Ihr Stuhl meistens ?**

- dunkelbraun
- hellbraun, lehmfarben
- gelblich, tonfarben
- grünlich
- grau
- rötlich
- schwarz, kaffeesatzartig

**77. Welche Form hat Ihr Stuhl normalerweise?**

- schlauchartig, weich
- dünn geformt (stiftförmig)
- klebt an der Schüssel
- wie Schafskot (dunkle Kügelchen)
- breiig
- dünn/wässrig

**78. Enthält Ihr Stuhl Beimengungen ?**

- unverdaute Speisen
- Fasern
- Schleim
- Blut
- Eiter
- gelbe Galle

**79. Wie entleert sich der Stuhl ?**

- fällt leicht heraus
- muß lange pressen
- explosionsartig mit viel Luft

**80. Wie riecht Ihr Stuhl meistens ?**

- übelriechend, faulig
- säuerlich
- wie Käse
- wie Fisch
- geruchlos
- wie Urin
- wie verschimmeltes Brot

**81. Gibt es in Ihrer Familie Fälle von chronischen Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa?)**

- nein
- ja

**Leber und Gallenwege**

**82. Haben Sie Erkrankungen der Leber, schlechte Leberwerte ?**

- nein
- schlechte Leberwerte
- Fettleber
- Leberzirrhose
- Hepatitis

**83. Blutet es bei kleinen Verletzungen lange ?**

- nein
- ja

**Lungen und Atemwege**

**84. Haben Sie Atemprobleme ?**

- Kurzatmigkeit bei geringer Anstrengung (= schwer durchatmen; Schnaufen)
- Kurzatmigkeit schlimmer im Liegen
- Schwierigkeiten beim Einatmen
- Schwierigkeiten beim Ausatmen

**85. Hatten Sie früher oder in letzter Zeit häufiger ?**

- trockenen Husten (chronisch?)
- Husten mit Auswurf\* ( trüber Schleim, Eiter) (\* = Abhusten von Sekret)
- eine Grippe
- eine Bronchitis
- Rasselgeräusche beim Atmen
- Lungenentzündung

**86. Bei Auswurf, wie ist der Auswurf beschaffen ?**

- große Menge
- geringe Menge
- nur schwer auszuhusten
- dünnflüssig und klar
- grün oder gelb und zäh
- blutig

**Nieren und Harnwege**

**87. Welche Farbe hat Ihr Urin normalerweise ?**

- hellgelb und klar
- heller, reichlicher Urin
- öfter dunkel u. spärlich (dunkelgelb bis braun)
- öfter rötlich (blutig)
- manchmal trübe (milchig, wolkig)
- manchmal trübe und braun
- manchmal sandig

**88. Wie riecht Ihr Urin normalerweise ?**

- normal
- faulig
- stechend

**89. Entspricht Ihre Urinmenge Ihrer Trinkmenge ?**

- ja
- nein, weniger Urin

**90. Wie oft müssen Sie normalerweise Urinieren?**

- 3-5 mal am Tag, nicht in der Nacht
- häufig, reichliche Harnmengen
- häufig in der Nacht, reichliche Harnmengen
- selten, kleine Harnmengen
- Harninkontinenz (spontanes Wasserlassen)
- häufig starker Harndrang
- Probleme zu Beginn des Urinierens
- Unterbrochener Harnstrahl (start und stop)

**91. Haben Sie öfter Infektionen der Harnwege ?**

- nein
- manchmal
- häufig

**92. Haben Sie öfter Schmerzen beim Urinieren ?**

- nein
- ja

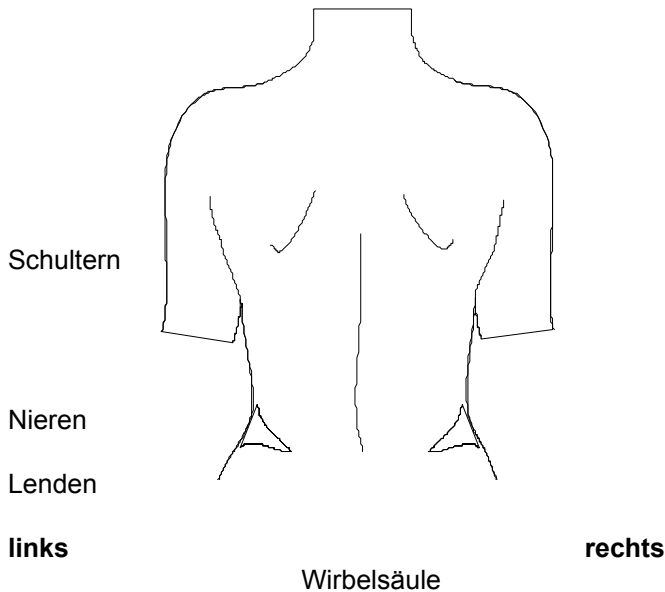
**93. Haben Sie Rückenschmerzen ?**

- manchmal (bei Anstrengung)
- oft
- öfter Hexenschuß

**94. Wo sind die Rückenschmerzen lokalisiert ?**

- Lenden
- Nierengegend
- Kreuz (Wirbelsäule)
- unter Schulterblättern
- zwischen Schulterblättern

## Markieren Sie den Ort der Rückenschmerzen !



### 95. Welcher Art sind die Rückenschmerzen ?

- drückende Schmerzen (leichte Schmerzen)
- dumpfe Schmerzen (nicht exakt lokalisierbar)
- dumpfe Schmerzen, gelindert durch Druck
- dumpfe starke Schmerzen verstärkt durch Druck
- brennende Schmerzen
- kolikartige Schmerzen (wie Messerstich)
- stechende Schmerzen
- wandernde Schmerzen
- lokalisierter Schmerz (immer gleicher Ort)
- Schmerzen beginnen auf einmal
- Schmerzen werden erst allmählich stärker
- strahlen in Beine aus

### 96. Frauen: Haben Sie öfter Blasenentzündungen ?

- nein
- ja

### 97. Männer: Haben Sie Probleme mit der Prostata ?

- nein
- schwacher Harnstrahl
- Harnträufeln
- Schmerzen beim Wasserlassen

## Haut, Haare, Nägel

### 98. Gibt es Ihrer Familie Fälle von Psoriasis (=Schuppenflechte) oder Neurodermitis ?

- nein
- ja

### 99. Wie ist Ihre Haut/Gesichtsfarbe ?

- gebräunt
- blass
- fahl
- gelblich

## 100. Haben Sie Probleme an Haut, Haaren, Nägeln ?

- nein
- trockene Haut
- Hautjucken; wo
- Hautentzündung (Ekzeme): wo
- Hautausschläge; wo
- Pilzinfektionen; wo
- Haarausfall, seit wann
- brechende Nägel
- Narben, wo genau

## 101. Wann und wo Schwitzen Sie ?

- auf der Stirn (ölige Stirn)
  - an Armen und Beinen
  - an den Handflächen
  - am ganzen Körper
  - starkes Schwitzen am ganzen Körper
  - nur bei Anstrengung (normal)
  - schwitze nie
  - spontan tagsüber (auch ohne Anstrengung)
  - nachts (Nachtschweiß)
  - am Kopf
  - oft kalter Schweiß
  - übelriechender Schweiß
- wie riecht der Schweiß?

## 102. Haben Sie öfter Ödeme (Schwellungen) ?

- nein
- geschwollene Augenlider oben
- geschwollene Augenlider unten
- geschwollene Knöchel

## Augen

## 103. Haben Sie häufiger Probleme mit Ihren Augen ?

- leichtes Augenjucken
- starkes Augenjucken
- trockene Augen
- wässrige Augen
- Druck o. Spannungsgefühl auf den Augen
- gerötete Augen
- gelbliches Augenweiß

## 104. Wie ist Ihr Sehvermögen ?

- gut
- wird immer schlechter
- oft verschwommenes Sehen
- oft Flecke im Gesichtsfeld
- oft wolkige Schleier
- Lichtscheu (muß Augen bei Helligkeit zukneifen)
- schlechtes Sehen nachts (Nachtblindheit)

## Ohren

### 105. Wie gut ist Ihr Gehör ?

- gut
- schlecht bei hohen Tönen
- schlecht bei tiefen Tönen

### 106. Haben Sie öfter Ohrgeräusche (Tinnitus?)

- nein
- ja

### 107. Sind die Ohrengeräusche...

- eher klingend
- eher rauschend

### 108. Haben Sie oft Ohrenschmerzen

- nein
- ja

### 109. Fühlen Sie öfter einen Druck auf den Ohren ?

- nein
- ja

### 110. Läuft Ihnen Sekret (Eiter ?) aus den Ohren

- nein
- ja, häufig

## Essen und Trinken

### 111. Wieviel Prozent Ihrer Nahrung verzehren Sie warm (gekocht, gebraten) ?

% (bitte Prozentzahl angeben)

### 112. Wieviel Prozent Ihrer Nahrung besteht aus .... ?

(bitte immer Prozentzahl angeben)

- |                    |   |
|--------------------|---|
| Gemüse =           | % |
| Früchte =          | % |
| Fleisch/Fisch =    | % |
| Getreide =         | % |
| Fettem, Deftigem = | % |
| Süßem =            | % |
| Fast Food =        | % |
| Milchprodukte =    | % |

### 113. Essen Sie regelmäßig ?

- ja mehrere, auch warme Mahlzeiten am Tag
- nein, oft nur kaltes Essen
- nein, oft viele Stunden gar nichts

### 114. Welches ist Ihre Hauptmahlzeit ?

- Frühstück
- Mittagessen
- Abendessen

### 115. Haben Sie eine Abneigung gegen Fleisch ?

- nein
- ja

### 116. Haben Sie Widerwillen gegen gewisse Speisen ?

Widerwille (Unverträglichkeit) gegen

### 117. Haben Sie einmal e. längere Fastenkur gemacht?

- nein
- ja, wann ?

### 118. Wie ist Ihr Appetit ?

- normaler Appetit
- großer Appetit
- wenig Appetit
- kein Appetit (Appetitlosigkeit)
- oft Hunger aber kein Appetit

### 119. Essen Sie gerne.... ?

- Salziges
- Saures
- Bitteres
- Süßes
- Scharfes

### 120. Meiden Sie in Ihrer Nahrung .... ?

- Salziges
- Saures
- Bitteres
- Süßes
- Scharfes

### 121. Haben Sie öfter Heißhunger auf...

- Süßes
- Fettiges/Deftiges
- Sonstige Nahrung

### 122. Essen Sie zwischendurch viel...

- Süßes
- Pfefferminz
- Lakritz

### 123. Haben Sie oft Durst ?

- nur wenig Durst
- oft großen Durst
- Durst auf warme Getränke
- Durst auf kalte Getränke
- Durst, aber kein Bedürfnis zu Trinken

### 124. Was trinken Sie für gewöhnlich ?

- viel Mineralwasser
- oft nur Leitungswasser
- viel Tee, welche Sorte
- viel Kaffee
- viel Milch

### 125. Gab es Zeiten (Jugend?), in denen Sie viel Alkohol konsumiert haben ?

- nein
- ja

**126. Welchen Alkoholkonsum haben Sie heute?**

- gar kein Alkohol
- wenig Alkohol
- viel Alkohol
- Bier
- Wein
- Hochprozentiges

**Gewohnheiten**

**127. Rauchen Sie ? Wieviel ?**

- nein
- nur gelegentlich
- mehr als 20 Zigaretten/Tag
- Zigaretten
- Pfeife

**128. Kauen Sie Kaugummi ?**

- selten
- oft

**129. Treiben Sie Sport ?**

- selten
- häufig
- Ausdauersport (Jogging)
- Kraftsport (Situps?)
- Bodybuilding
- Sonstiges (Schwimmen?)

**130. Wird der Mundgeruch/Mundgeschmack besser oder schlimmer bei/nach dem Sport ?**

- eher besser
- eher schlimmer

**131. Welcher Körpertyp sind Sie am ehesten ?**

- Normal(gewicht)
- Pykner (=rundlich)
- Astheniker (=dünn)
- Athlet

**Bewußtsein und Schlaf**

**132. Sind Sie oft müde ?**

- müde nach dem Essen
- extreme Müdigkeit
- schläfrig

**133. Wie ist Ihr Schlaf ?**

- guter erholsamer Schlaf
- leichter Schlaf (wache leicht auf)
- kann schlecht einschlafen
- kann nicht durchschlafen
- habe viele Träume, die den Schlaf stören
- bin nachts oft aufgedreht (viele Gedanken)
- bin oft schlaflos
- wache morgens schlecht auf
- fühle mich morgens wie erschlagen
- fühle mich am Tage müde und schläfrig
- muß tagsüber oft ein Nickerchen machen

**134. Haben Sie oft Schwindelgefühle ?**

- nein
- ja

**Psyche und Emotionen**

**135. Ich bin oft...und schon seit längerer Zeit...**

- nervös
- gehetzt/hektisch
- frustriert
- frustriert
- verärgert
- gereizt/mürrisch
- ängstlich
- grüblerisch
- traurig (Kummer)
- depressiv, deprimiert
- sorgenvoll, (habe viel Sorgen)
- unzufrieden

**136. Wie hoch ist Ihr täglicher Streßpegel ?**

- wenig Streß
- oft Streß
- dauernd Streß
- geringer Streß
- starker Streß

**137. Was trifft häufig zu... ?**

- es hängt mir alles zum Halse heraus
- mir läuft die Galle über

**Empfindungen**

**138. Wie empfinden Sie Ihre Körpertemperatur ?**

- mir ist oft kalt, ich friere leicht
- ich vertrage keine Kälte (ich schlafe oft ganz zusammengerollt unter der Bettdecke)
- ich habe oft kalte Fußsohlen oder Handflächen
- ich habe oft kalte Arme oder Beine
- ich habe oft einen kalten Rücken (Lenden)
- ich bevorzuge warme Getränke
- mir ist oft warm/heiß, ich schwitze leicht
- ich habe oft heiße Fußsohlen oder Handflächen
- ich habe oft warme/heiße Arme oder Beine
- ich vertrage keine Wärme, ich schlafe oft aufgedeckt (Füße aus der Bettdecke)
- ich habe oft e. warmen/heißen unteren Rücken
- ich bevorzuge kalte Getränke
- ich fühle mich wärmer am Nachmittag o. Abend
- ich habe oft leichtes Fieber (Nachmittag/Abend)
- ich habe immer leichtes Fieber (37-38°)
- ich schwitze häufig nachts

**139. Haben Sie oft das Gefühl von Schwere ?**

- nein
- im Kopf
- im ganzen Körper
- in den Gliedmaßen (Arme und Beine)

**140. Haben Sie oft Schwindelgefühle ?**

- nein
- ja

**Leistung und Konzentration**

**141. Wie hoch ist Ihre körperliche Leistungskraft**

- gut
- eher zu hoch (immer aktiv)
- niedrig (immer schlapp)

**142. Wie hoch ist Ihre körperliche Leistungskraft nach den Mahlzeiten**

- gut
- eher besser (kann gleich weiter arbeiten)
- eher schlechter (muß mich hinlegen)

**143. Wie ändert sich Ihre körperliche Leistungskraft den Tag über ?**

- morgens am höchsten
- mittags am höchsten
- nachts am aktivsten

**144. Kommen Sie häufig ins Schnaufen (Atemnot ?)**

- nur bei schwere Arbeit/Sport
- schon bei leichter Tätigkeit

**145. Haben Sie oft ...**

- Herzklopfen
- geistige Unruhe
- Konzentrationsschwierigkeiten
- schlechtes Gedächtnis

**Sexualität**

*(... Sie müssen nicht alles beantworten !!!)*

**146. Wie beurteilen Sie Ihre sexuelle Aktivität (Verkehr, Masturbation)!**

- „normale“ Aktivität (2-4x /Woche)
- keine Lust auf Sex/Masturbation
- immer Lust auf Sex/Masturbation
- eher geringe Aktivität (1x /Woche)
- große Aktivität (täglich und häufiger)

**147. Haben Sie Schmerzen bei sexueller Aktivität ?**

- nein
- ja

**148. Männer: Haben Sie ungewollten Samenverlust ?**

- nein
- ja, in der Nacht

**149. Frauen: Haben Sie öfter Ausfluß ?**

- nein
- ja

**Hinweis:**

**Fragen, die Sie nicht beantworten wollen, streichen Sie einfach durch.**