

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 7 Jahren Erfahrungen in meiner Mundgeruch-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 erweiterten Fragebogens mit Therapie-Vorschlägen** (schriftlich) kostet **95 €**.

Mit der Auswertung erhalten Sie zur Bezahlung meine Bankverbindung.

Die Zahlung kann per Überweisung, Kreditkarte (VISA, Mastercard) oder PayPal auf mein Konto erfolgen.

* 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 kann 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

(*sehr wichtig* → bitte auch Partner/Kinder fragen !)

- faulig
- faecal (wie Sch...)
- Mäuseurin
- alkoholisch
- säuerlich
- bitterlich
- abgestanden („altes Blumenwasser“)
- fischig
- verfaulte Äpfel

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

- morgens
- 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
- nur manchmal
- Sonstiges

14. Haben Sie komischen Geschmack im Mund ?

- immer
- manchmal
- kein o. verringertes Geschmacksempfinden

Der Geschmack im Mund ist...

- faulig
- stechend, scharf (wie Mist)
- salzig
- fischig
- muffig /fade/abgestanden
- blutig
- eitrig
- erdig
- verbrannt
- alkalisch (wie Seife)
- metallisch
- adstringierend* * zieht den Mund zusammen
- sauer
- bitter
- süßlich

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 ?

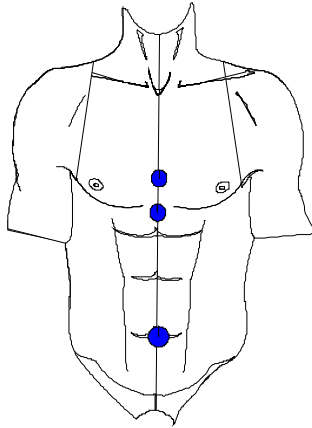
- nein
- ja

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 !

Brustbein
Magengrube
Nabel
rechts



links

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 Obstsäften
- 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 Obstsäften
- 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 (stifförmig)
- 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 verschimmelttes 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

Markieren Sie den Ort der Rückenschmerzen !

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, wolzig)
- 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

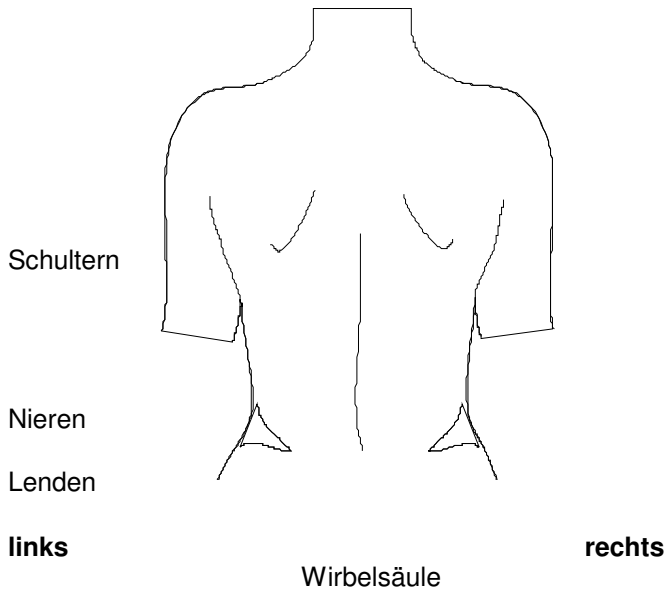
93. Haben Sie Rückenschmerzen ?

- manchmal (bei Anstrengung)
- oft
- öfter Hexenschuß

94. Wo sind die Rückenschmerzen lokalisiert ?

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

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



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

- 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)
- Pykniker (=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 Händflächen
- 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.