



Anamnesebogen

Mundtrockenheit



Name _____

1. Gibt es in Ihrer Familie Erkrankungen der Speicheldrüsen oder chronische Mundtrockenheit?

Ja Nein Wenn ja, welche? _____

2. Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit ein Tumor im Kopf-Hals-Bereich festgestellt?

Ja Nein

3. Gab es bei Ihnen zu irgendeinem Zeitpunkt eine Chemotherapie oder Bestrahlung?

Ja Nein

4. Gibt es in Ihrer Familie neurologische Erkrankungen wie M. Parkinson, Multiple Sklerose oder Demenz?

Ja Nein Wenn ja, welche? _____

5. Trinken Sie mehr als drei Tassen Kaffee am Tag?

Ja Nein

6. Befinden Sie sich zur Zeit in den Wechseljahren oder kurz davor (ca. 45 – 55 Jahre)?

Ja Nein

Körperliche Symptome

7. Haben Sie in letzter Zeit ein verstärktes Durstgefühl bemerkt?

Ja Nein

8. Schnarchen Sie oder leiden Sie unter nächtlichen Atemaussetzern (Schlafapnoe-Syndrom)?

Ja Nein

9. Atmen Sie vermehrt durch den Mund (z. B. aufgrund einer Nasenatmungsstörung oder bei Schlafapnoe)?

Ja Nein

Mundtrockenheit

10. Seit wann besteht die Mundtrockenheit?

11. War der Beginn plötzlich oder schleichend?

Plötzlich Schleichend

12. Hat sich die Mundtrockenheit im Verlauf verändert?

Ja Nein

13. Bemerkten Sie weitere Symptome wie einen unangenehmen Geschmack im Mund, Mundgeruch oder ein brennendes Gefühl auf der Zunge oder Schleimhaut?

Ja Nein Wenn ja, welche? _____

TePe D-A-CH GmbH

Langenhorner Chaussee 44 a • 22335 Hamburg, Deutschland

Tel. DE: +49 (0)40 570 123-0 • Tel. AT: +43 (0)15 444 044 • Tel. CH: +41 (0)71 788 230 0

kontakt@tepe.com • www.tepe.com

14. Gibt es eine verstärkte Neigung zu Karies oder Zahnfleischentzündungen?

Ja Nein Wenn ja, welche? _____

15. Haben Sie Schwierigkeiten beim Kauen, Schlucken oder Sprechen?

Ja Nein

16. Haben Sie Rachenentzündungen, Heiserkeit oder Halsschmerzen ohne erkennbaren Infekt?

Ja Nein

17. Wann treten die Symptome vorwiegend auf?

Nachts Morgens Tagsüber Beim vermehrten Sprechen

18. Haben Sie in der Vergangenheit ein Produkt zur Minderung der Mundtrockenheit ausprobiert?

Ja Nein Wenn ja, welches? _____

19. Würden Sie gern von Ihrem zahnärztlichen Team über Hilfsmittel zur Minderung von Mundtrockenheitsbeschwerden aufgeklärt werden?

Ja Nein

Mundhygiene

20. Wie oft putzen Sie Ihre Zähne?

1 x am Tag 2 x am Tag 3 x am Tag mehrmals pro Woche

21. Verwenden Sie fluoridhaltige Zahnpasta?

Ja Nein

22. Nutzen Sie Hilfsmittel zur Zahnzwischenraumreinigung?

Picks Interdentalbürsten Zahnseide Zahnseidenhalter Munddusche Nein

23. Reinigen Sie Ihre Zunge und wenn ja, wie oft?

Ja Nein 1 x am Tag 2 x oder häufiger am Tag ab und zu

24. Verwenden Sie eine Mundspüllösung?

Ja Nein Wenn ja, welche? _____



Mundtrockenheit – ein oft unterschätztes Problem

Falls Sie beim Ausfüllen des Fragebogens bemerkt haben, dass Sie möglicherweise unter zu geringer Speichelbildung leiden, sprechen Sie das Thema aktiv im Behandlungszimmer an.

Es gibt verschiedene Produkte, die Sie ausprobieren können, um eine passende Pflegeroutine zu finden – für mehr Lebensqualität und zum Erhalt Ihrer Mundgesundheit.