

Fragebogen zur Mundgesundheit (OHIP-G 53)

Version Februar 2016

Name: _____

Datum: _____

Hatten Sie in den vergangenen 7 Tagen aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich, Kiefer oder mit Ihrem Zahnersatz ...	sehr oft	oft	ab u. zu	kaum	nie
Schwierigkeiten beim Kauen von Nahrungsmitteln?					
Schwierigkeiten bestimmte Worte auszusprechen?					
das Gefühl, dass Ihr Aussehen beeinträchtigt wurde?					
den Eindruck, Sie hätten Mundgeruch?					
das Gefühl, Ihr Geschmackssinn war beeinträchtigt?					
das Gefühl, Ihre Verdauung war gestört?					
allgemein Schwierigkeiten, mit anderen Menschen zurechtzukommen?					
finanzielle Einbußen hinnehmen müssen?					
den Eindruck, dass Ihr Leben ganz allgemein weniger zufriedenstellend war?					
das Gefühl, dass Ihr Aussehen beeinträchtigt wurde?					
Schwierigkeiten zu entspannen?					
den Eindruck, Ihr Essen war geschmacklich weniger gut?					

Ist in den vergangenen 7 Tagen aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich, Kiefer oder mit Ihrem Zahnersatz vorgekommen, ...	sehr oft	oft	ab u. zu	kaum	nie
dass Sie sich angespannt gefühlt haben?					
dass Sie undeutlich sprechen konnten?					
dass andere Leute bestimmte Worte von Ihnen missverstanden haben?					
dass Sie die Gesellschaft anderer Menschen nicht so recht genießen konnten?					
dass Sie Ihre Zähne nicht richtig putzen konnten?					
dass Sie das Lächeln vermieden haben?					
dass Sie Ihre Mahlzeiten unterbrechen mussten?					
dass Ihr Schlaf unterbrochen wurde?					
dass Sie es vermieden haben, mit anderen Personen gemeinsam zu essen?					
dass es länger gedauert hat, eine Mahlzeit zu beenden?					
dass Sie sich schlechter konzentrieren konnten?					
dass Sie bei Ihrer Arbeit nicht so leistungsfähig waren wie üblich?					
dass es Ihnen unangenehm war, bestimmte Nahrungsmittel zu essen?					
dass Sie sich bedrückt/depressiv gefühlt haben?					
dass Sie anderen Menschen gegenüber eher reizbar gewesen sind?					
dass Sie vermieden haben, außer Haus zu gehen?					
dass Sie weniger nachsichtig im Umgang mit Ihrem Ehepartner oder Ihrer Familie waren?					
dass es Ihnen schwergefallen ist, Ihren alltäglichen Beschäftigungen nachzugehen?					

Bitte wenden!

Ist in den vergangenen 7 Tagen aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich, Kiefer oder mit Ihrem Zahnersatz vorgekommen, ...	sehr oft	oft	ab u. zu	kaum	nie
dass Sie vollkommen unfähig waren, etwas zu tun?					
dass Sie sich ein wenig verlegen gefühlt haben?					
dass Sie darauf verzichten mussten, bestimmte Speisen zu essen?					
dass Sie sehr verärgert waren?					
dass Ihre Ernährung unbefriedigend gewesen ist?					

Hatten Sie in den vergangenen 7 Tagen ...	sehr oft	oft	ab u. zu	kaum	nie
Kopfschmerzen aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz?					
Schmerzen im Mundbereich?					
einen wunden, entzündeten Kiefer bzw. Mund?					
empfindliche Zähne, z. B. bei heißen oder kalten Speisen bzw. Getränken?					
Zahnschmerzen?					
Schmerzen am Zahnfleisch?					
wunde Stellen in Ihrem Mund?					
ein Gefühl der Unsicherheit in Zusammenhang mit Ihren Zähnen, Ihrem Mund oder Ihrem Zahnersatz?					
das Gefühl, dass es Ihnen ganz schlecht geht aufgrund von Zahn- bzw. Mundproblemen?					
ein Sie störendes Geräusch im Kiefergelenk?					
einen unangenehm trockenen Mund?					

Haben Sie in den vergangenen 7 Tagen bemerkt, dass ein Zahn nicht gesund aussieht?					
Haben sich in den vergangenen 7 Tagen Speisereste in Ihren Zähnen oder am Zahnersatz festgesetzt?					
Haben Sie sich in den vergangenen 7 Tagen wegen des Aussehens Ihrer Zähne oder Ihres Zahnersatzes unwohl/unbehaglich gefühlt?					
Haben Sie sich in den vergangenen 7 Tagen Sorgen gemacht aufgrund von Zahn-, Kiefer- bzw. Mundproblemen?					

Haben Sie herausnehmbaren Zahnersatz (Zahnprothese, künstliches Gebiss), den Sie auch tragen? (Kronen und Brücken zählen nicht dazu)

Nein (Ende des Fragebogens)

Ich habe eigene Zähne und zusätzlich in einem oder beiden Kiefern eine herausnehmbare Prothese.

Ich bin zahnlos und habe im Oberkiefer und Unterkiefer eine Totalprothese.

	90.
Median	Perzentil
5	38
15	60
23	85

Nur für Personen mit herausnehmbarem Zahnersatz:	sehr oft	oft	ab u. zu	kaum	nie
Hatten Sie in den vergangenen 7 Tagen das Gefühl, dass Ihr Zahnersatz schlecht sitzt?					
Hat in den vergangenen 7 Tagen Ihr Zahnersatz unangenehm gedrückt?					
Ist es in den vergangenen 7 Tagen vorgekommen, dass Sie aufgrund von Problemen mit Ihrem Zahnersatz damit nicht essen konnten?					