

Fragebogen zur mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität

Bitte prüfen Sie für sich jede der folgenden Aussagen, wie sehr die beschriebene Situation für Sie persönlich zutrifft. Kreuzen Sie bitte für jede Aussage eine Zahl an!

Hatten Sie im vergangenen Monat aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz ...	sehr oft (4)	oft (3)	ab und zu (2)	kaum (1)	nie (0)
Schwierigkeiten bestimmte Worte auszusprechen?					
das Gefühl, Ihr Geschmackssinn war beeinträchtigt?					
den Eindruck, dass ihr Leben ganz allgemein weniger zufriedenstellend war?					
Schwierigkeiten sich zu entspannen?					

Ist es im vergangenen Monat aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz vorgekommen, dass ...					
Sie sich angespannt gefühlt haben?					
Sie Ihre Mahlzeiten unterbrechen mussten?					
es Ihnen unangenehm war, bestimmte Nahrungsmittel zu essen?					
Sie anderen Menschen gegenüber eher reizbar gewesen sind?					
es Ihnen schwergefallen ist, Ihren alltäglichen Beschäftigungen nachzugehen?					
Sie vollkommen unfähig waren, etwas zu tun?					
Sie sich ein wenig verlegen gefühlt haben?					
Ihre Ernährung unbefriedigend gewesen ist?					

Hatten Sie im vergangenen Monat ...					
Schmerzen im Mundbereich?					
ein Gefühl der Unsicherheit in Zusammenhang mit Ihren Zähnen, Ihrem Mund oder Ihrem Zahnersatz?					