

OHIP-G 14

Fragebogen zur mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität

Bitte prüfen Sie für jede der folgenden Aussagen, wie sehr die beschriebene Situation für Sie persönlich zutrifft. Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

Hatten Sie <u>im vergangenen Monat</u> aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz ...	<i>sehr oft</i>	<i>oft</i>	<i>ab und zu</i>	<i>kaum</i>	<i>nie</i>
... Schwierigkeiten bestimmte Worte auszusprechen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... das Gefühl, Ihr Geschmacksinn war beeinträchtigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... den Eindruck, dass Ihr Leben ganz allgemein weniger zufrieden stellend war?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Schwierigkeiten zu entspannen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ist es <u>im vergangenen Monat</u> aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz vorgekommen, dass ...	<i>sehr oft</i>	<i>oft</i>	<i>ab und zu</i>	<i>kaum</i>	<i>nie</i>
... Sie sich angespannt gefühlt haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Sie Ihre Mahlzeiten unterbrechen mussten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... es Ihnen unangenehm war, bestimmte Nahrungsmittel zu essen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Sie anderen Menschen gegenüber eher reizbar gewesen sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... es Ihnen schwer gefallen ist, Ihren alltäglichen Beschäftigungen nachzugehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Sie vollkommen unfähig waren, etwas zu tun?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Sie sich ein wenig verlegen gefühlt haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ihre Ernährung unbefriedigend gewesen ist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hatten Sie <u>im vergangenen Monat</u> ...	<i>sehr oft</i>	<i>oft</i>	<i>ab und zu</i>	<i>kaum</i>	<i>nie</i>
... Schmerzen im Mundbereich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ein Gefühl der Unsicherheit im Zusammenhang mit Ihren Zähnen, Ihrem Mund oder Ihrem Zahnersatz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Summe: