

Oral Health Impact Profile (OHIP-G14)



Speicheldiagnostik
und Mundtrockenheit

Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel UZB

Datum: ____ . ____ . ____

Patienten-ID: _____

Name: _____

Vorname: _____

geb.: ____ . ____ . ____

	nie	kaum	ab und zu	oft	sehr oft
1. Hatten Sie im vergangenen Monat Schwierigkeiten, bestimmte <u>Worte auszusprechen</u> aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz?	0	1	2	3	4
2. Hatten Sie im vergangenen Monat das Gefühl, Ihr <u>Geschmackssinn</u> war beeinträchtigt aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz?	0	1	2	3	4
3. Hatten Sie im vergangenen Monat <u>Schmerzen</u> im Mundbereich?	0	1	2	3	4
4. War es Ihnen im vergangenen Monat unangenehm, bestimmte <u>Nahrungsmittel zu essen</u> aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz?	0	1	2	3	4
5. Hatten Sie im vergangenen Monat ein Gefühl der <u>Unsicherheit</u> in Zusammenhang mit Ihren Zähnen, Ihrem Mund oder Ihrem Zahnersatz?	0	1	2	3	4
6. Haben Sie sich im vergangenen Monat <u>angespannt gefühlt</u> aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz?	0	1	2	3	4

7.	Ist Ihre <u>Ernährung</u> im vergangenen Monat <u>unbefriedigend</u> gewesen aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz?	0	1	2	3	4
8.	Mussten Sie im vergangenen Monat <u>Mahlzeiten unterbrechen</u> aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz?	0	1	2	3	4
9.	Hatten Sie im vergangenen Monat <u>Schwierigkeiten zu entspannen</u> aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz?	0	1	2	3	4
10.	Haben Sie sich im vergangenen Monat ein wenig <u>verlegen gefühlt</u> aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz?	0	1	2	3	4
11.	Waren Sie im vergangenen Monat anderen <u>Menschen gegenüber</u> eher <u>reizbar</u> aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz?	0	1	2	3	4
12.	Ist es Ihnen im vergangenen Monat schwergefallen, Ihren <u>alltäglichen Beschäftigungen</u> nachzugehen aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz?	0	1	2	3	4
13.	Hatten Sie im vergangenen Monat den Eindruck, dass Ihr <u>Leben</u> ganz allgemein <u>weniger zufriedenstellend</u> war aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz?	0	1	2	3	4
14.	Waren Sie im vergangenen Monat vollkommen <u>unfähig etwas zu tun</u> aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz?	0	1	2	3	4

Punktzahl