

## ZAHN- UND MUNDGESUNDHEIT

UNT.-Nr.: «USUCHER» UNT.-Zentr.: «ZENTRUM» UNT.Datum: «DATE»

Teiln.-Nr.: «TEILN\_NR» UNT.Zeit: «START»

**1 Haben Sie noch eigene Zähne?** | «EIGZAHN» |

- (239) 1 Ja EIGZAHN  
2 Nein ⇒5  
8 Weiß nicht  
9 Antwort verweigert

**2 Wie empfinden Sie den Gesundheitszustand Ihrer Zähne?** | «GESZAHN» |

- (240) 1 Sehr gut GESZAHN  
2 Gut  
3 Zufriedenstellend  
4 Weniger gut  
5 Schlecht  
8 Weiß nicht  
9 Antwort verweigert

**3 Die Menschen putzen sich unterschiedlich oft die Zähne. Wie oft putzen Sie sich gewöhnlich die Zähne?** | «PUTZ1» |

- (241) 1 3mal täglich und öfter PUTZ1  
2 Normalerweise 2mal täglich  
3 Normalerweise 1mal täglich  
4 Mehrmals pro Woche  
5 1mal pro Woche (oder seltener)  
8 Weiß nicht  
9 Antwort verweigert

**4 Ist Ihnen schon einmal von zahnärztlichem Personal gezeigt worden, wie man sich seine Zähne putzen soll?** | «PUTZ2» |

- (242) 1 Ja PUTZ2  
2 Nein  
8 Weiß nicht  
9 Antwort verweigert

**5 Wie sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zahnreihen zufrieden?** | «AUSSEHEN» |

- (243) (Auch von Zahnersatzträgern beantworten lassen!) AUSSEHEN  
1 Sehr zufrieden  
2 Zufrieden  
3 Weniger zufrieden  
4 Unzufrieden  
7 Entfällt  
8 Weiß nicht  
9 Antwort verweigert

**6 Wann waren Sie das letzte Mal bei Ihrer(m) Zahnärztin/Zahnarzt?** | «ZAHNARZT» |

- (244) 1 Innerhalb der letzten 6 Monate ARZTWANN  
2 Innerhalb der letzten 7-12 Monate  
3 Vor mehr als 1 Jahr ⇒7  
8 Weiß nicht  
9 Antwort verweigert

**6a Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten beim Zahnarzt?** | «ZAHNFREQ» | mal

- (244a) ZAHNFREQ  
98 Weiß nicht  
99 Antwort verweigert

## ZAHN- UND MUNDGESUNDHEIT

UNT.-Nr.: «USUCHER» UNT.-Zentr.: «ZENTRUM» UNT.Datum: «DATE»

Teiln.-Nr.: «TEILN\_NR» UNT.Zeit: «START»

### 7 Warum waren Sie das letzte Mal bei Ihrer(m) Zahnärztin/Zahnarzt?

(245)	Mehrfachnennungen sind möglich!	1=Ja / 0=Nein	
1	Kontrollbesuch zur Vorsorge	«WHYZAHN»	<u>WHYZAHN</u>
2	Zahnschmerzen	«WHYZAHN2»	<u>WHYZAHN2</u>
3	Zahnfleischprobleme	«WHYZAHN3»	<u>WHYZAHN3</u>
4	Füllung verloren	«WHYZAHN4»	<u>WHYZAHN4</u>
5	Notwendiger Zahnersatz	«WHYZAHN5»	<u>WHYZAHN5</u>
6	Unfall	«WHYZAHN6»	<u>WHYZAHN6</u>
7	Anderer Grund	«WHYZAHN7»	<u>WHYZAHN7</u>
8	Weiß nicht	«WHYZAHN8»	<u>WHYZAHN8</u>
9	kein weiterer Grund	«WHYZAHN8»	<u>WHYZAHN9</u>

Klartext: {s. Beiblatt "OPENENDS"}

### 8 Haben Sie eine(n) feste(n) Zahnärztin/Zahnarzt, zu der (dem) Sie immer gehen?

(246)	1	Ja	«HAUSZAHN»
	2	Nein	⇒10 <u>HAUSZAHN</u>
	8	Weiß nicht	
	9	Antwort verweigert	

### 9 Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung?

(247)	1	Sehr zufrieden	«ZDENTIST»
	2	Zufrieden	<u>ZDENTIST</u>
	3	Weniger zufrieden	
	4	Unzufrieden	
	8	Weiß nicht	
	9	Antwort verweigert	

### 10 Haben Sie ein Bonusheft, in das Sie Ihre Kontrollbesuche eintragen lassen?

(248)	1	Ja	«BONUS»
	2	Nein	<u>BONUS</u>
	3	Privatversicherung	
	8	Weiß nicht	
	9	Antwort verweigert	

### 11 Erkrankungen der Zähne kann man vorbeugen, für wie wichtig halten Sie die folgenden

#### (249) Möglichkeiten?

1=Sehr wichtig / 2=Wichtig / 3=Nicht so wichtig / 4=Unwichtig

8=Weiß nicht / 9=Antwort verweigert

Wenig Süßigkeiten bzw. Zucker essen	«PROPH»	<u>PROPH</u>
Härtung der Zähne durch Fluoridanwendung (Zahnpasta, Gelee, Spülungen, Tabletten)	«PROPH 2»	<u>PROPH 2</u>
Regelmäßiger Zahnarztbesuch	«PROPH 3»	<u>PROPH 3</u>
Richtiges Zähneputzen	«PROPH 4»	<u>PROPH 4</u>

## ZAHN- UND MUNDGESUNDHEIT

UNT.-Nr.: «USUCHER» UNT.-Zentr.: «ZENTRUM» UNT.Datum: «DATE»

Teiln.-Nr.: «TEILN\_NR» UNT.Zeit: «START»

---

### 12 Wieviel kann man selbst tun, um die Gesundheit seiner Zähne zu erhalten oder zu fördern?

- (250) 1 Sehr viel | «SELBSTUN» |  
2 Viel | SELBSTUN  
3 Einiges  
4 Wenig  
5 Nichts  
8 Weiß nicht  
9 Antwort verweigert

Fragen 13-15 nicht an Probanden stellen, die Frage 1 mit „Nein“ beantwortet haben!  
Im Plausibilitätsprogramm berücksichtigen (Härtel)

---

### 13 Benutzen Sie außer der Zahnbürste noch andere Hilfsmittel zur Zahnreinigung wie z.B. Zahnseide, Zahnhölzchen, Zahnzwischenraumbürstchen?

- 1 Zahnseide | «ANDHILF» | ANDHILF1  
2 Zahnhölzchen | «ANDHILF2» | ANDHILF2  
3 Zahnzwischenraumbürstchen | «ANDHILF3» | ANDHILF3  
4 andere | «ANDHILF4» | ANDHILF4

Klartext: {s. Beiblatt "OPENENDS"}

- 5 keine Hilfsmittel | «ANDHILF5» | ANDHILF5  
6 weiß nicht | «ANDHILF6» | ANDHILF6  
7 Antwort verweigert | «ANDHILF7» | ANDHILF7  
8 keine weiteren Hilfsmittel | «ANDHILF8» | ANDHILF8

INT.: Zur Auswahl einer Antwort Rollbalken mit den Pfeiltasten bewegen und <ENTER> drücken! Mehrfachnennungen sind möglich!

Ende: "Kein weiteres Hilfsmittel wählen!"

Bei Auswahl von "andere" Klartexteingabe erforderlich.

---

### 14 Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen?

- (252) 1 Ja, häufig | «ZAHNBLUT» |  
2 Ja, manchmal | ZAHNBLUT  
3 Nein ⇒15  
7 Entfällt  
8 Weiß nicht  
9 Antwort verweigert

---

### 14.1 Beunruhigt es Sie, wenn Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen blutet?

- (252.1) 1 Ja | «UNRUHE» |  
2 Nein | UNRUHE  
8 Weiß nicht  
9 Antwort verweigert

---

### 15 Haben Sie gelockerte Zähne?

- (253) 1 Ja | «LOCKER» |  
2 Nein | LOCKER  
8 Weiß nicht  
9 Antwort verweigert

---

### 16 Leiden Sie häufiger an schlechtem Geschmack im Mund oder an Mundgeruch?

- (254) 1 Ja | «FOETOR» |  
2 Nein | FOETOR  
8 Weiß nicht  
9 Antwort verweigert

## ZAHN- UND MUNDGESUNDHEIT

UNT.-Nr.: «USUCHER» UNT.-Zentr.: «ZENTRUM» UNT.Datum: «DATE»  
 Teiln.-Nr.: «TEILN\_NR» UNT.Zeit: «START»

**17 Bevorzugen Sie eine Seite beim Kauen?**

- (255)
- 1 Nein
  - 2 Ja, links
  - 3 Ja, rechts
  - 8 Weiß nicht
  - 9 Antwort verweigert

| «KAUSEITE» |  
KAUSEITE

**18 Leiden Sie an den im folgenden genannten Beschwerden?**

(256)

	<b>Wenn Ja:</b>	<b>Wenn Ja:</b>
1=Ja	1=Nur rechts	1=Manchmal
2=Nein	2=Nur links	2=Häufig
	3=Beidseitig	3=Immer
8=Weiß nicht		
9=Antwort verweigert		

Gesichtsschmerzen	«OD»	<u>OD</u>	«ODRL»	<u>ODRL</u>	«ODFR»	<u>ODFR</u>
Kopfschmerzen	«OD 2»	<u>OD 2</u>	«ODRL 2»	<u>ODRL 2</u>	«ODFR 2»	<u>ODFR 2</u>
Migräne (plötzl., meist einseit. Kopfschm.)	«OD 3»	<u>OD 3</u>	«ODRL 3»	<u>ODRL 3</u>	«ODFR 3»	<u>ODFR 3</u>
Schmerzen in den Gesichtsmuskeln	«OD 4»	<u>OD 4</u>	«ODRL 4»	<u>ODRL 4</u>	«ODFR 4»	<u>ODFR 4</u>
Kiefergelenkschmerzen	«OD 5»	<u>OD 5</u>	«ODRL 5»	<u>ODRL 5</u>	«ODFR 5»	<u>ODFR 5</u>
Kiefergelenkknacken o. -knirschen	«OD 6»	<u>OD 6</u>	«ODRL 6»	<u>ODRL 6</u>	«ODFR 6»	<u>ODFR 6</u>
Ohrgeräusche, Ohrensausen	«OD 7»	<u>OD 7</u>	«ODRL 7»	<u>ODRL 7</u>	«ODFR 7»	<u>ODFR 7</u>
Zungenbrennen	«OD 8»	<u>OD 8</u>	«ODRL 8»	<u>ODRL 8</u>	«ODFR 8»	<u>ODFR 8</u>

**19 Üben Sie eine oder mehrere der folgenden Angewohnheiten aus?**

(257)

1=Nein, nie / 2=Manchmal / 3=Häufig  
 7= entfällt / 8=Weiß nicht / 9=Antwort verweigert

Zähnezusammenpressen	«GEWO»	<u>GEWO</u>
Zähneknirschen	«GEWO 2»	<u>GEWO 2</u>
Zungenbeißen	«GEWO 3»	<u>GEWO 3</u>
Lippenbeißen	«GEWO 4»	<u>GEWO 4</u>
Wangenbeißen	«GEWO 5»	<u>GEWO 5</u>
Kaugummikauen	«GEWO 6»	<u>GEWO 6</u>