

## ENKÄT OM MUNHÄLSA OCH LIVSKVALITÉ

Detta är frågor som syftar till att utvärdera i vilken utsträckning ditt munhälsotillstånd påverkar din allmänna livssituation.

Kryssa endast i ett alternativ per fråga.

Exempel:

	aldrig	sällan	ibland	ofta	mycket ofta
Har du problem med att prata beroende på problem med dina tänder, munhåla eller proteser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	aldrig 1	sällan 2	ibland 3	ofta 4	mycket ofta 5	
1. Har du haft svårigheter att uttala något/några ord beroende på problem med dina tänder, munhåla eller proteser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TE21
2. Har du känt att dina smakupplevelser har försämrats beroende på problem med dina tänder, munhåla eller proteser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TE22
3. Har du haft smärta från munhålan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TE23
4. Har du upplevt svårigheter att äta någon föda beroende på problem med dina tänder, munhåla eller proteser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TE24
5. Har du upplevt osäkerhet beroende på problem med dina tänder, munhåla eller proteser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TE25
6. Har du känt dig stressad beroende på problem med dina tänder, munhåla eller proteser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TE26
7. Har din diet varit otillfredsställande beroende på problem med dina tänder, munhåla eller proteser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TE27
8. Har du avbrutit måltider beroende på problem med dina tänder, munhåla eller proteser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TE28

Vg vänd

- |     |   | aldrig                   | sällan                   | ibland                   | ofta                     | mycket ofta                   |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| 9.  | Har du känt svårigheter att slappna av beroende på problem med dina tänder, munhåla eller proteser?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> TE29 |
| 10. | Har du känt dig något genererad beroende på problem med dina tänder, munhåla eller proteser?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> TE30 |
| 11. | Har du varit irriterad på andra människor beroende på problem med dina tänder, munhåla eller proteser?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> TE31 |
| 12. | Har du haft svårt att genomföra dina vanliga sysslor beroende på problem med dina tänder, munhåla eller proteser?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> TE32 |
| 13. | Har du känt att din allmänna livssituation varit mindre tillfredsställande beroende på problem med dina tänder, munhåla eller proteser? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> TE33 |
| 14. | Har det varit totalt omöjligt för dig att fungera i det dagliga livet beroende på problem med dina tänder, munhåla eller proteser?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> TE34 |