

Liebe Netzwerker, liebe Mitbetroffene,

die kleine Umfrage unten schicken wir euch in eigener Sache. Wir arbeiten daran, eine Broschüre zum Thema 'Mundtrockenheit' zu erstellen. Dafür benötigen wir einige Informationen von euch. Die erfassten Daten sind nicht zur Veröffentlichung bestimmt, sondern für unseren internen Gebrauch. Gerne würden wir bei Fragen zu euren Antworten mit euch Kontakt aufnehmen. Deshalb bitten wir euch, auf die übliche Anonymität zu verzichten und euren Namen anzugeben.

Um eure Antworten bitten wir bis Ende Januar.

Wir bedanken uns für eure Mitarbeit und euer Verständnis.

Herzliche Grüße

Ingetraud Bönnte-Hieronymus

Doris Frensel

Gunthard Kissinger

Susanne Viehbacher

1. Hast du im Rahmen deiner Behandlung Bestrahlungen erhalten?

ja nein

2. Leidest du unter Mundtrockenheit als Folge der Bestrahlung?

ja nein

Kreuze bitte den Grad der Mundtrockenheit an, der bei dir vorliegt.

- | | |
|-------------------|--|
| Grad 1 () | Normale Feuchtigkeit |
| Grad 2 () | Ungenügende
Feuchtigkeit/ Speichel |
| Grad 3 () | Abwesenheit von
Feuchtigkeit, klebriger,
visköser Speichel |
| Grad 4 () | Abwesenheit von
Feuchtigkeit, belegte
Mukosa |

3. Welche Mittel gegen Mundtrockenheit kennst du und welche nutzt du?
Trage jeweils 'ja' oder 'nein' ein.

a Speichelersatzpräparate

Speichelersatzpräparat	Kenne ich	Habe ich ausprobiert	Hat es geholfen?
aldiamed			
biotène			
Dentaid xeros			
Glandosane			
Gum Hydral			
LipoSaliva			
Miradent aquamed			
Saseem			
Saliva Natura			
Xerodent			
Platz für andere Medikamente			

b Wirkstoffe zur Anregung des Speichelflusses

Wirkstoffe	Kenne ich	Habe ich ausprobiert	Hat es geholfen?
Pilocarpin			
Nikotinamid			
Platz für andere Medikamente			

c therapeutische Ansätze

Therapie	Kenne ich	Habe ich ausprobiert	Hat es geholfen?
Öl ziehen			
Mit Tee spülen			
Tee trinken			

d Hausmittel

Mittel	Kenne ich	Habe ich ausprobiert	Hat es geholfen?
Wasser trinken			
Kieselstein im Mund bewegen			
Lakritz essen			
Bonbons lutschen			
Weingummi kauen			

e Hier ist Platz für deine persönlichen Tipps und Tricks.

—

—

—

4. Persönliche Angaben

Name: _____

Selbsthilfegruppe: _____

Dürfen wir dich bei Fragen ansprechen? ja () nein()

Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens:

info@kopf-hals-mund-krebs.de Betreff: Mundtrockenheit
oder per Post: Selbsthilfenetzwerk Kopf-Hals-Mund-Krebs e.V.,
Thomas Mann Str. 40, 53111 Bonn