

Dette spørgeskema handler om sammenhæng mellem livskvalitet og sundhed i mundhulen (Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL)). Besvar venligst spørgsmålene neden for om din orale sundhed med udgangspunkt i det seneste år. Hvert spørgsmål skal besvares ved at angive en enkelt svarmulighed.

Spørgsmål		Svar
1	Har du haft problemer med at <i>udtale ord</i> på grund af problemer med dine tænder, mund eller gebis?	<input type="checkbox"/> 0 = Aldrig <input type="checkbox"/> 1 = Næsten aldrig <input type="checkbox"/> 2 = Nogle gange <input type="checkbox"/> 3 = Temmelig ofte <input type="checkbox"/> 4 = Meget ofte
2	Har du følt, at din <i>smagsevne</i> er forringet på grund af problemer med dine tænder, mund eller gebis?	<input type="checkbox"/> 0 = Aldrig <input type="checkbox"/> 1 = Næsten aldrig <input type="checkbox"/> 2 = Nogle gange <input type="checkbox"/> 3 = Temmelig ofte <input type="checkbox"/> 4 = Meget ofte
3	Har du haft stærke <i>smarter</i> i din mund?	<input type="checkbox"/> 0 = Aldrig <input type="checkbox"/> 1 = Næsten aldrig <input type="checkbox"/> 2 = Nogle gange <input type="checkbox"/> 3 = Temmelig ofte <input type="checkbox"/> 4 = Meget ofte
4	Har det været <i>ubehageligt at spise mad</i> på grund af problemer med dine tænder, mund eller gebis?	<input type="checkbox"/> 0 = Aldrig <input type="checkbox"/> 1 = Næsten aldrig <input type="checkbox"/> 2 = Nogle gange <input type="checkbox"/> 3 = Temmelig ofte <input type="checkbox"/> 4 = Meget ofte
5	Har du følt dig <i>forlegen</i> på grund af dine tænder, mund eller gebis?	<input type="checkbox"/> 0 = Aldrig <input type="checkbox"/> 1 = Næsten aldrig <input type="checkbox"/> 2 = Nogle gange <input type="checkbox"/> 3 = Temmelig ofte <input type="checkbox"/> 4 = Meget ofte
6	Har du følt dig <i>anspændt</i> på grund af problemer med dine tænder, mund eller gebis?	<input type="checkbox"/> 0 = Aldrig <input type="checkbox"/> 1 = Næsten aldrig <input type="checkbox"/> 2 = Nogle gange <input type="checkbox"/> 3 = Temmelig ofte <input type="checkbox"/> 4 = Meget ofte
7	Har din <i>kost været utilfredsstillende</i> på grund af problemer med dine tænder, mund eller gebis?	<input type="checkbox"/> 0 = Aldrig <input type="checkbox"/> 1 = Næsten aldrig <input type="checkbox"/> 2 = Nogle gange <input type="checkbox"/> 3 = Temmelig ofte <input type="checkbox"/> 4 = Meget ofte
8	Har du måtte <i>afbryde måltider</i> på grund af problemer med dine tænder, mund eller gebis?	<input type="checkbox"/> 0 = Aldrig <input type="checkbox"/> 1 = Næsten aldrig <input type="checkbox"/> 2 = Nogle gange <input type="checkbox"/> 3 = Temmelig ofte <input type="checkbox"/> 4 = Meget ofte

9	Har du <i>haft svært ved at slappe af</i> på grund af problemer med dine tænder, mund eller gebis?	<input type="checkbox"/> 0 = Aldrig <input type="checkbox"/> 1 = Næsten aldrig <input type="checkbox"/> 2 = Nogle gange <input type="checkbox"/> 3 = Temmelig ofte <input type="checkbox"/> 4 = Meget ofte
10	Har du følt dig lidt <i>fløv</i> på grund af problemer med dine tænder, mund eller gebis?	<input type="checkbox"/> 0 = Aldrig <input type="checkbox"/> 1 = Næsten aldrig <input type="checkbox"/> 2 = Nogle gange <input type="checkbox"/> 3 = Temmelig ofte <input type="checkbox"/> 4 = Meget ofte
11	Har du været lidt <i>irritabel over for andre personer</i> på grund af problemer med dine tænder, mund eller gebis?	<input type="checkbox"/> 0 = Aldrig <input type="checkbox"/> 1 = Næsten aldrig <input type="checkbox"/> 2 = Nogle gange <input type="checkbox"/> 3 = Temmelig ofte <input type="checkbox"/> 4 = Meget ofte
12	Har du haft <i>svært ved at løse dine normale opgaver</i> på grund af problemer med dine tænder, mund eller gebis?	<input type="checkbox"/> 0 = Aldrig <input type="checkbox"/> 1 = Næsten aldrig <input type="checkbox"/> 2 = Nogle gange <input type="checkbox"/> 3 = Temmelig ofte <input type="checkbox"/> 4 = Meget ofte
13	Har du følt at livet generelt har været <i>mindre tilfredsstillende</i> på grund af problemer med dine tænder, mund eller gebis?	<input type="checkbox"/> 0 = Aldrig <input type="checkbox"/> 1 = Næsten aldrig <input type="checkbox"/> 2 = Nogle gange <input type="checkbox"/> 3 = Temmelig ofte <input type="checkbox"/> 4 = Meget ofte
14	Har du været <i>helt ude af stand til at fungere</i> på grund af problemer med dine tænder, mund eller gebis?	<input type="checkbox"/> 0 = Aldrig <input type="checkbox"/> 1 = Næsten aldrig <input type="checkbox"/> 2 = Nogle gange <input type="checkbox"/> 3 = Temmelig ofte <input type="checkbox"/> 4 = Meget ofte