

Appendix A- OHIP-14 questionnaires; the original English version and the translated Danish version (OHIP-14-DK).

1. OHIP-14 questionnaire-English version (Slade et al. 1997)

<i>During the last 12 months, how often has the following occurred?</i>		
Dimension	Question	Weight
<i>Functional limitation</i>	Have you had trouble <i>pronouncing any words</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.51
	Have you felt that your <i>sense of taste</i> has worsened because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.49
<i>Physical pain</i>	Have you had <i>painful aching</i> in your mouth?	0.34
	Have you found it <i>uncomfortable to eat any foods</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.66
<i>Psychological discomfort</i>	Have you been <i>self-conscious</i> of your teeth, mouth or dentures?	0.45
	Have you <i>felt tense</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.55
<i>Physical disability</i>	Has your <i>diet been unsatisfactory</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.52
	Have you had to <i>interrupt meals</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.48
<i>Psychological disability</i>	Have you found it <i>difficult to relax</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.60
	Have you been a bit <i>embarrassed</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.40
<i>Social disability</i>	Have you been a bit <i>irritable with other people</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.62
	Have you had <i>difficulty doing your usual jobs</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.38
<i>Handicap</i>	Have you felt that life in general was <i>less satisfying</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.59
	Have you been <i>totally unable to function</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.41

Responses are made on a 5-point scale, coded 0=never, 1=hardly ever, 2=occasionally, 3=fairly often, 4=very often.

2. OHIP-14 questionnaire-Danish version (OHIP-14-DK).

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>smertes</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