

Supplementary Materials – Questionnaire

Disclaimer: This questionnaire was originally presented in Dutch. This questionnaire has also been translated into English for transparency and reproducibility; both languages are presented (viz., Dutch in italic font).

Part 1: Self-constructed questionnaire

- Do you give permission to use your answers for scientific purposes? (*Geeft u toestemming om de ingevulde gegevens te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek?*)
Yes (*Ja*) / No (*Nee*)

- What is your age in years? (*Wat is uw leeftijd in jaren?*)

- What is your gender? (*Wat is uw gender?*)
Male (*Man*) / Female (*Vrouw*)

- How did you find out about this research? (Hoe bent u met dit onderzoek in aanraking gekomen?)
Social Media (*Sociale Media*) / Parkinson Café (*Parkinson Café*) / The Association of PD (*Parkinson Vereniging*) / Different, namely .. (*Anders, namelijk..*)

- What is your living situation? (*Wat is uw woonsituatie?*)
Home (alone) (*Thuis (alleen)*) / Home (with partner and/or family members) (*Thuis (met partner en/of familieleden)*) / Nursing home (*Verpleeghuis*) / Different, namely ... (*Anders, namelijk...*)

- Do you have the diagnosis “Parkinson’s disease”? (*Heeft u de diagnose “ziekte van Parkinson”?*)
No (*Nee*) / No, I have Parkinsonism (*Nee, ik heb Parkinsonisme*) / Yes (*Ja*)

- Since how many years do you have this diagnosis? (*Hoeveel jaar/jaren heeft u de diagnose?*)

- Do you go to the dentist? (*Gaat u naar de tandarts?*)
No (*Nee*) / Yes, when having complaints (*Ja, bij klachten*) / Yes, every ... months (fill in) (*Ja, elke .. maanden (vul in)*)

- Do you go to the dental hygienist? (*Gaat u naar de mondhygiënist?*)
No (*Nee*) / Yes, every ... months (fill in) (*Ja, elke ... maanden (vul in)*)

- Did you notice deterioration of your oral health during your disease? (*Heeft u zelf merkbare achteruitgang van uw gebit ondervonden tijdens het ziekteproces?*)
No (*Nee*) / Yes (*Ja*) / I don’t know (*Dat weet ik niet*)

- How many natural teeth/molars do you have? (*Hoeveel natuurlijke tanden/kiezen heeft u?*)
No natural teeth (*Geen natuurlijke tanden/kiezen*) / 1-9 natural teeth (*1-9 natuurlijke tanden/kiezen*) / 10-19 natural teeth (*10-19 natuurlijke tanden/kiezen*) / 20 or more natural teeth (*20 of meer natuurlijke tanden/kiezen*)

- Do you wear a (partial) prosthesis? (*Draagt u een (gedeeltelijke) gebitsprothese?*)
No (*Nee*) / Yes, a partial prosthesis in the upper jaw (*Ja, een gedeeltelijke protheses in de bovenkaak*) / Yes, a full prosthesis in the upper jaw (*Ja, een volledige prothese in de bovenkaak*) / Yes, a partial

prosthesis in the lower jaw (*Ja, een gedeeltelijke prothese in de onderkaak*) / Yes, a full prosthesis in the lower jaw (*Ja, een volledige prothese in de onderkaak*)

- What kind of (partial) prosthesis do you wear in the upper jaw? (*Wat voor soort (gedeeltelijke) prothese draagt u in de bovenkaak?*)
Resin (*Kunststof*) / Metal (*Metaal*)
- What kind of (partial) prosthesis do you wear in the lower jaw? (*Wat voor soort (gedeeltelijke) prothese draagt u in de onderkaak?*)
Resin (*Kunststof*) / Metal (*Metaal*)
- Can you clean your teeth yourself? (*Kunt u uw tanden/kiezen en/of protheses zelfstandig schoonmaken?*)
No (*Nee*) / No, but I've got help (*Nee, maar ik krijg hulp*) / Yes (*Ja*)
- What kind of toothbrush do you use? (*Wat voor soort tandenborstel gebruikt u?*)
Manual (*Handtandenborstel*) / Electric (*Elektrische tandenborstel*) / Both (*Beide*)
- How many times a day do you brush your teeth? (*Hoe vaak poetst u uw tanden?*)
Once a day (*1x per dag*) / Twice a day (*2x per dag*)/Different, namely .. (*Anders, namelijk .. per ... (dag/week/maand) (vul het antwoord in)*)
- Do you use something to clean in-between your teeth? (*Gebruikt u iets voor tussen de tanden?*)
No (*Nee*) / Yes, floss (*Flossdraad*) / Yes, toothpicks (*Tandenstokers (hout)*) / Yes, rubber brushes (*Ragers (rubber)*) / Yes, metal brushes (*Ragers (metaal)*)
- How many times do you clean in-between your teeth? (*Hoe vaak gebruikt u middelen tussen uw tanden?*)
When something gets stuck (*Als er iets tussen zit*) / Weekly (*Wekelijks*)/ Once a day (*1x per dag*)/
Different, namely .. (*Anders, namelijk .. keer per .. (dag/week/maand) (vul het antwoord in)*)
- Do you experience a dry mouth? (*Heeft u wel eens last van een droge mond?*)
No (*Nee*) / Yes (*Ja*)
- Did you ever receive treatment with radiotherapy or chemotherapy in your head/neck area? (*Bent u ooit behandeld met radiotherapie of chemotherapie in uw hoofd en/of halsstreek?*)
No (*Nee*) / Yes (*Ja*)
- Have you ever had pain in your jaw, temple, in the ear, or in front of the ear on either side?¹ (*Heeft u ooit pijn gehad in uw kaak, slaapstreek, in het oor, of vóór het oor (aan één of beide kanten)?*)
No (*Nee*) / Yes (*Ja*)
- Have you ever had persistent pain and/or burning sensation in your mouth for the last 30 days? (*Heeft u de laatste 30 dagen een aanhoudende pijn en/of brandende sensatie in uw mond ervaren?*)
No (*Nee*) / Yes (*Ja*)
- Do you experience tooth wear? (*Heeft u last van slijtage aan tanden en kiezen?*)
No (*Niet*) / Slight (*Enigszins*) / Quite (*Nogal*) / Much (*Veel*) / Very much (*Erg veel*) / I don't know (*Weet ik niet*)

Part 2: Oral Health Impact Profile (OHIP-14)^{2,3}

In the last six months (<i>In de afgelopen 6 maanden</i>):	Never (Nooit)	Hardly ever (Zelden)	Occasionally (Af en toe)	Fairly often (Tamelijk vaak)	Very often (Erg vaak)
1. Have you had trouble pronouncing any words because of problems with your teeth, mouth or dentures? (<i>Hebt u moeilijkheden gehad met het uitspreken van bepaalde woorden vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?</i>)					
2. Have you felt that your sense of taste has worsened because of problems with your teeth, mouth or dentures? (<i>Hebt u het gevoel gehad dat uw smaakvermogen is afgenomen vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?</i>)					
3. Have you had painful aching in your mouth? (<i>Hebt u pijn in uw mond gehad?</i>)					
4. Have you found it uncomfortable to eat any foods because of problems with your teeth, mouth or dentures? (<i>Hebt u moeite gehad om bepaald voedsel te eten vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?</i>)					
5. Have you been self-conscious because of your teeth, mouth or dentures? (<i>Hebt u zich onzeker gevoeld vanwege uw gebit, uw mond of gebitsprothese?</i>)					
6. Have you felt tense because of problems with your teeth, mouth or dentures? (<i>Hebt u zich gespannen gevoeld vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?</i>)					
7. Has your diet been unsatisfactory because of problems with your teeth, mouth or dentures? (<i>Is de samenstelling van uw voeding onbevredigend geweest vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?</i>)					
8. Have you had to interrupt meals because of problems with your teeth, mouth or dentures? (<i>Hebt u maaltijden moeten onderbreken vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?</i>)					
9. Have you found it difficult to relax because of problems with your teeth, mouth or dentures? (<i>Hebt u moeite gehad om zich te ontspannen vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?</i>)					
10. Have you been a bit embarrassed because of problems with your teeth, mouth or dentures? (<i>Hebt u zich een beetje opgelaten gevoeld vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?</i>)					
11. Have you been a bit irritable with other people because of problems with your teeth, mouth or dentures? (<i>Bent u wat prikkelbaar geweest tegen andere mensen vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?</i>)					
12. Have you had difficulty doing your usual jobs because of problems with your teeth, mouth or dentures? (<i>Hebt u moeite gehad dat het leven in het algemeen minder bevredigend was door problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?</i>)					
13. Have you felt that life in general was less satisfying because of problems with your teeth, mouth or dentures? (<i>Hebt u het gevoel gehad dat het leven in het algemeen minder bevredigend was door problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?</i>)					
14. Have you been totally unable to function because of problems with your teeth, mouth or dentures? (<i>Hebt u totaal niet kunnen functioneren vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?</i>)					

Part 3: Movement Disorder Unified Parkinson's Disease Rating Scale-II (MDS-UPDRS II)^{4,5}

	Normal (Normaal)	Slight (Heel licht)	Mild (Licht)	Moderate (Matig)	Severe (Ernstig)
1. Over the past week, have you had problems with your speech? (<i>Hebt u de afgelopen week problemen gehad met uw spraak?</i>)					
2. Over the past week, have you usually had too much saliva during when you are awake or when you sleep? (<i>Hebt u in de afgelopen week gewoonlijk te veel speeksel in uw mond gehad wanneer u wakker was of sliep?</i>)					
3. Over the past week, have you usually had problems swallowing pills or eating meals? Do you need your pills cut or crushed or your meals to be made soft, chopped, or blended to avoid choking? (<i>Hebt u in de afgelopen week gewoonlijk problemen gehad met het doorslikken van pillen of het nuttigen van maaltijden?</i>)					
4. Over the past week, have you usually had troubles handling your food and using eating utensils? For example, do you have trouble handling finger foods or using forks, knives, spoons, chopsticks? (<i>Hebt u in de afgelopen week gewoonlijk problemen gehad bij het hanteren en het gebruiken van bestek?</i>)					
5. Over the past week, have you usually had problems dressing? For example, are you slow or do you need help with buttoning, using zippers, putting on or taking off your clothes or jewelry? (<i>hebt u in de afgelopen week gewoonlijk problemen gehad bij het aankleden?</i>)					
6. Over the past week, have you usually been slow or do you need help with washing, bathing, shaving, brushing teeth, combing your hair, or with other personal hygiene? (<i>Ging het wassen, douchen, scheren, tandenpoetsen, haren kammen of andere handelingen voor persoonlijke hygiëne doorgaans langzaam in de afgelopen week of had u hier hulp bij nodig?</i>)					
7. Over the past week, have people usually had trouble reading your handwriting? (<i>Hebben mensen in de afgelopen week doorgaans moeite gehad om te lezen wat u met de hand had geschreven?</i>)					
8. Over the past week, have you usually had trouble doing your hobbies or other things that you like to do? (<i>Hebt u in de afgelopen week gewoonlijk moeite gehad om uw hobby's te beoefenen of andere dingen te doen die u leuk vindt?</i>)					
9. Over the past week, do you usually have trouble turning over in bed? (<i>Hebt u in de afgelopen week doorgaans moeite gehad om zijkant om te draaien in bed?</i>)					
10. Over the past week, have you usually had shaking or tremor? (<i>Hebt u in de afgelopen week doorgaans last gehad van beven?</i>)					
11. Over the past week, have you usually had trouble getting out of bed, a car seat, or a deep chair? (<i>Hebt u de afgelopen week doorgaans moeite gehad met uit bed stappen, uit een auto stappen of opstaan uit een diepe stoel?</i>)					
12. Over the past week, have you usually had problems with balance and walking? (<i>Hebt u in de afgelopen week gewoonlijk problemen gehad met uw evenwicht of met lopen?</i>)					
13. Over the past week, on your usual day when walking, do you suddenly stop or freeze as if your feet are stuck to the floor? (<i>Hebt u het in de afgelopen week op een doorsnee dag terwijl u liep, meegemaakt dat u plotseling blokkeerde terwijl u verder wilde lopen, alsof uw voeten aan de grond vastzaten?</i>)					

References

1. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group†. *J Oral Facial Pain Headache*. 2014;28(1):6-27. doi:10.11607/jop.1151
2. Van Der Meulen MJ, John MT, Naeije M, Lobbezoo F. The Dutch version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-NL): Translation, reliability and construct validity. *BMC Oral Health*. Published online 2008. doi:10.1186/1472-6831-8-11
3. van der Meulen MJ, John MT, Naeije M, Lobbezoo F. Developing abbreviated OHIP versions for use with TMD patients. *J Oral Rehabil*. Published online 2012. doi:10.1111/j.1365-2842.2011.02242.x
4. Goetz CG, Tilley BC, Shaftman SR, et al. Movement Disorder Society-Sponsored Revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): Scale presentation and clinimetric testing results. *Mov Disord*. 2008;23(15):2129-2170. doi:10.1002/mds.22340
5. Postuma RB, Berg D, Stern M, et al. MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2015;30(12):1591-1601. doi:10.1002/mds.26424