

# Angst?

**Fragebogen in Vorbereitung auf einen Besuch beim Zahnarzt:** Bringen Sie diesen Fragebogen bitte zum Termin gleich mit, das erleichtert Ihrem Zahnarzt die Vorbereitung auf Ihr spezielles Problem.

1. Wie oft waren Sie während der letzten fünf Jahre beim Zahnarzt?
  - a) ein Mal pro Jahr mindestens
  - b) ein- bis dreimal in den fünf Jahren
  - c) gar nicht
  
2. Warum waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?
  - a) wegen einer dringenden Behandlung (Schmerzen, Schwellung usw.)
  - b) wegen einer geplanten Behandlung ohne aktuelle Schmerzen
  - c) zur Begleitung von anderen Personen (Kinder, Ehepartner, Verwandte)
  - d) nur zur Kontrolle nach Aufforderung
  - e) nur zur Kontrolle auf eigene Initiative
  
3. Haben Sie jemals einen Zahnarzt gehabt,
  - zu dem Sie uneingeschränktes Vertrauen hatten  Ja  Nein
  - den Sie als „Ihren“ Zahnarzt bezeichnet hätten  Ja  Nein
  - den Sie auch an Familienmitglieder ohne Bedenken weiterempfohlen hätten?  Ja  Nein
  
4. Welche Punkte an einem Zahnarztbesuch flößen Ihnen die meiste Furcht ein? (Mehrfachankreuzung möglich!)
  - die Möglichkeit der Schmerzhaftigkeit der Behandlung  Ja  Nein
  - die Möglichkeit der Schmerzhaftigkeit nach der Behandlung  Ja  Nein
  - die Anstrengung während der Behandlung (z.B. Mundöffnung)  Ja  Nein
  - unangenehme Begleiterscheinungen:
    - Lärm  Ja  Nein
    - Licht  Ja  Nein
    - Gerüche  Ja  Nein
    - Brechreiz  Ja  Nein
    - welche anderen: \_\_\_\_\_
  - lange Wartezeit auf das Unvermeidliche  Ja  Nein
  - das Bewußtsein, keinen Einfluß ausüben zu können auf das Geschehen  Ja  Nein
  - das die Behandlung in einem Teil meines Gesichtes stattfindet (und ich nicht zusehen kann, keine Kontrollmöglichkeit habe?)  Ja  Nein
  - das Gefühl des Ausgeliefertseins  Ja  Nein
  - fremde Personen in einer fremden Umgebung  Ja  Nein
  - unfreundliches Personal  Ja  Nein

- unverständliche oder fehlende Aufklärung über Zustand und Therapie meiner Zähne  Ja  Nein
- volles Wartezimmer, Klagen anderer Patienten über Ihren Zustand  Ja  Nein
- daß so viele Zähne defekt sind und sich die Behandlung damit über lange Zeit hinzieht  Ja  Nein
- daß ich keine Hoffnung habe, das durch die Behandlung ein stabiler Zustand erreicht wird  Ja  Nein
- daß die Behandlung zu viel Geld kosten könnte  Ja  Nein
- oder daß ich mir vermeintlich nicht die Behandlung (finanziell) leisten kann, die ich eigentlich möchte  Ja  Nein

5. Welche Angst-Zeichen treten auf?

- Schwitzen  Ja  Nein
- Zittern  Ja  Nein
- Schwindel  Ja  Nein
- Atemnot  Ja  Nein
- Übelkeit  Ja  Nein
- Erbrechen  Ja  Nein
- Herzrasen  Ja  Nein
- Schlaflosigkeit  Ja  Nein
- Konzentrationsmangel  Ja  Nein
- Appetitlosigkeit  Ja  Nein
- Schwäche  Ja  Nein
- Kopfschmerzen  Ja  Nein
- welche anderen: \_\_\_\_\_

6. Wann treten die ersten Angst-Zeichen auf?

- kurz vor der Behandlung, also schon in der Praxis
- am Tag der Behandlung, aber schon zu Hause
- am Abend/Tag vor der Behandlung
- immer wenn ich an den Termin denke

7. Ist die Intensität Ihrer Angst abhängig davon, welche Behandlung geplant oder erwartet wird?

- die Angst ist immer da, egal welche Behandlung geplant ist
- die Angst ist nur bei bestimmten Behandlungen groß

8. Welche Maßnahmen haben Sie ergriffen, um Ihre Angst „in den Griff zu bekommen“?

- keine
- ich habe meinen Zahnarzt darauf hingewiesen
- ich habe einen Arzt (Psychotherapeut, Psychiater, Hausarzt o.a.) deshalb aufgesucht
- ich habe mich einer Therapiegruppe/Selbsthilfegruppe angeschlossen

- ich habe mich dazu eingehend informiert   
wenn ja, wo: \_\_\_\_\_
- ich habe Erfahrung in Techniken zur Selbsthilfe   
(autogenes Training, Autosuggestion u.a.)
- ich suche nur speziell ausgebildete Zahnärzte auf, die z.B. Hypnose anwenden
- nur Behandlung in Narkose
- nur Behandlung mit schmerzarmer Methodik   
(Carisolv, Laser/Microprep, Akupunktur u.a.)
- andere Maßnahmen: \_\_\_\_\_

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_