

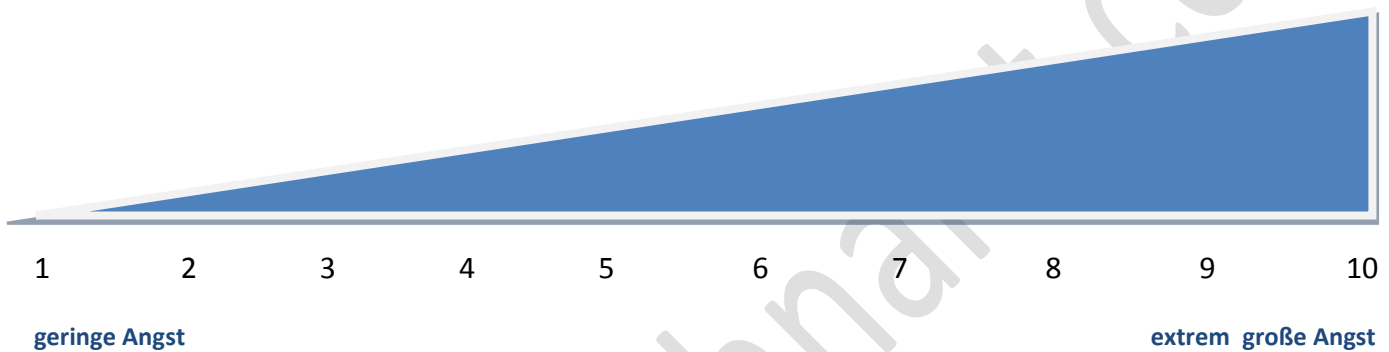
FRAGEBOGEN FÜR ANGSTPATIENTEN

Wir danken Ihnen, dass Sie uns die Gesundheit Ihrer Zähne anvertrauen möchten. Damit wir Ihnen besser helfen können, bitten wir Sie, das unten stehende Formular sorgfältig auszufüllen. Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. *VIELEN DANK!*

Datum

Name Geschlecht Weiblich Männlich Alter Jahre

1. Angstskala: Wie schätzen Sie Ihre Angst vor der Zahnbehandlung ein?



2. Mein letzter Zahnarztbesuch liegt ungefähr Jahre zurück

3. Wo liegen Ihrer Meinung nach, die Ursachen für Ihre Zahnbehandlungsangst?

- Ich habe schlechte Erfahrungen gemacht, als Kind
- als Erwachsene
- Erzählungen aus der Verwandtschaft oder Bekanntenkreis
- Habe keine Erklärung dafür
- Meine Angst ist Teil einer umfangreichen psychischen Störung
- Etwas Anderes, nämlich:

4. Welche zahnärztliche Behandlungen oder Situationen lösen bei Ihnen die größte Angst aus?

.....

.....

5. Welche Maßnahmen könnte Ihrer Meinung nach der Zahnarzt ergreifen um Ihnen die Angst abzubauen?

.....
.....

Ja Nein

6. Haben Sie auch andere Ängste wie z.B. Platzangst, Flugangst, Generalisierte Angst Störung ?

Wenn ja, bitte genauere Angaben machen

.....

7. Wurden Sie in der Vergangenheit aufgrund Ihrer Angstproblematik psychotherapeutisch betreut oder behandelt?

Wenn ja, bitte genauere Angaben wie Jahr, Diagnose, Anzahl der Sitzungen, Grund, usw. Angeben

.....
.....

8. Sind Sie in der Vergangenheit Opfer von Gewalt oder sexuellem Missbrauch gewesen?

9. Haben Sie Angst vor Spritzen beim Zahnarzt?

10. Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen?

11. Möchten Sie die Zahnbehandlung unter Vollnarkose oder Sedierung (Dämmerschlaf) durchführen lassen ?

Ja, unbedingt Nein Vielleicht Ich weiß noch nicht

12. Weitere Angaben die aus Ihrer Sicht wichtig sind.

.....
.....