



Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Angst vor dem Zahnarzt habe ich etwa seit:

Nicht mehr beim Zahnarzt gewesen bin ich etwa seit:

Ich habe Angst besonders vor (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerz | <input type="checkbox"/> fremden Händen im Mund |
| <input type="checkbox"/> Bohrergeräuschen | <input type="checkbox"/> unsanftem Verhalten des Zahnarztes |
| <input type="checkbox"/> Ausgeliefertsein, nichts tun zu können | <input type="checkbox"/> Zahnarztgeruch |
| <input type="checkbox"/> hektischem Arbeiten | <input type="checkbox"/> langem Warten vor der Behandlung |
| <input type="checkbox"/> nicht zu wissen, was geschehen wird | <input type="checkbox"/> Instrumenten |
| <input type="checkbox"/> langen Behandlungen | <input type="checkbox"/> Angst vor der Angst |
| <input type="checkbox"/> Spritzen | <input type="checkbox"/> Bohren |

sonstiges, und zwar:

Meine erste schlechte Erinnerung an den Zahnarzt ist

Die Angst äußert sich bei mir durch: (zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schwitzen | <input type="checkbox"/> kalte Hände und/oder Füße |
| <input type="checkbox"/> Neigung zur Ohnmacht | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Zittern, Zittrigkeit | <input type="checkbox"/> Vermeidung von Zahnarztbesuchen |
| <input type="checkbox"/> Blässe im Gesicht | <input type="checkbox"/> Würgen, Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen vor der Behandlung |

sonstiges, und zwar:

Ich habe auch Angst, zu anderen Ärzten zu gehen: Ja Nein

Was der Zahnarzt bisher gegen meine Angst getan hat:

Was ich selbst bisher gegen meine Angst getan habe:

Damit ich mich während einer Zahnbehandlung möglichst sicher und gut aufgehoben fühlen kann, ist es mir besonders wichtig, dass der Zahnarzt:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> mir genau erklärt, was mit meinen Zähnen los ist, und wie die Behandlung abläuft | <input type="checkbox"/> sofort mit dem Bohren aufhört, wenn ich „ah“ sage oder meinen linken Arm hebe |
| <input type="checkbox"/> mir genau erklärt, was er tut, bevor er es tut | <input type="checkbox"/> mich entscheiden lässt, wann er was machen soll |
| <input type="checkbox"/> sich Zeit nimmt | <input type="checkbox"/> er mir zeigt, dass er meine Angst versteht |
| <input type="checkbox"/> alles ganz langsam macht | <input type="checkbox"/> mir zeitweise beruhigend eine Hand auf meine Schulter legt |
| <input type="checkbox"/> freundlich und mit ruhiger Stimme mit mir spricht | <input type="checkbox"/> mich abgesehen von dem, was für eine Behandlung unbedingt erforderlich ist, nicht berührt |

sonstiges, und zwar:

Woran werden Sie merken, dass Sie keine Angst mehr haben ?- Oder, anders ausgedrückt: Woran werden Sie merken, dass es Ihnen bei uns richtig gut geht? Richtig gut geht es mir, wenn...

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> mein Atem ganz ruhig geht | <input type="checkbox"/> sich mein Nacken und meine Schultern ganz entspannt anfühlen |
| <input type="checkbox"/> ich tief in den Bauch atme | <input type="checkbox"/> mein Herz gleichmäßig schlägt |
| <input type="checkbox"/> sich meine Hände/ Füße gut durchblutet fühlen | <input type="checkbox"/> ich in der Nacht vor dem Zahnarztbesuch gut schlafe |
| <input type="checkbox"/> ich mit meinen Gedanken ganz woanders bin | <input type="checkbox"/> ich ganz ruhig und entspannt daliege |
| <input type="checkbox"/> ich ein wohliges Gefühl im Bauch habe | |

sonstiges, und zwar:

Sind Sie schon einmal hypnotisiert worden? Haben Sie schon einmal eine Hypnose gesehen? Ja, und zwar: Nein

Haben Sie schon einmal Erfahrungen mit Lachgas gemacht? Ja Nein

In meiner Freizeit beschäftige ich mich besonders gerne mit (z.B. Hobbys):

6. Ihre Selbsteinschätzung

Versuchen Sie bitte Ihre Angst einzuschätzen: Bei dem Gedanken daran, dass ich morgen einen Zahnarzttermin habe und ein Zahn behandelt werden muss:

empfinde ich Panik habe ich einen Kloß im Hals werde ich nervös bekomme ich Schweißausbrüche

anderes und zwar:

Markieren Sie jetzt noch Ihre Angsteinschätzung vor einer Zahnbehandlung auf der Skala mit einem senkrechten Strich.

Ich schätze meine Angst wie folgt ein:

0 %

100 %

Datum:

Unterschrift