

**Zahnarzt – Angst – Fragebogen**

Wie stark beeinträchtigt Zahnarzt-Angst Ihr Leben?

**Dieser Test beurteilt Ihre psychosoziale Beeinträchtigung und Ihren vermutlichen zahnärztlichen Behandlungsbedarf.**

**Meine Gefühle bezogen auf die Zähne**

1. Meine Zähne sind mir peinlich. Ja Nein

2. Ich schäme mich wegen meiner Zähne. Ja Nein

3. Ich spreche mit niemandem über meine Zähne. Ja Nein

4. Ich habe Angst, dass ein Zahnarzt mich wegen

 meiner Zähne lächerlich macht.

Ja Nein

5. Ich habe Angst, dass ein Zahnarzt mich wegen

 meiner Zähne beschimpft. Ja Nein

6. Ich habe Hemmungen, mit einem Zahnarzt zu sprechen. Ja Nein

7. Ich wurde schon von meiner Umgebung hochmütig belächelt. Ja Nein

8. Ich wurde schon in einer Zahnarztpraxis gedemütigt. Ja Nein

**Vermutliche Ursache meiner Zahnarztangst:**

9. Traumatisches Erlebnis beim Zahnarzt in der Kindheit Ja Nein

10. Traumatisches Erlebnis beim Zahnarzt als Erwachsener Ja Nein

11. Extremer Brechreiz oder Würgereiz Ja Nein

12. Angst, bei Abdrücken zu ersticken Ja Nein

**In welchen Aussagen finden Sie sich wieder?**

13. Ständig dreht sich in meinem Kopf alles um dieses Problem. Ja Nein

14. Mein beruflicher Erfolg wird durch meine

 Zahnarztangst behindert. Ja Nein

15. Meine Zahnarztprobleme rauben mir den Schlaf. Ja Nein

16. Meine Freizeitaktivitäten leiden unter meiner Zahnarztangst. Ja Nein

17. Mein Sexualleben wird durch meine

 Zahnarztangst negativ beeinflusst. Ja Nein

18. Meine Zahnarztangst mindert mein Selbstwertgefühl. Ja Nein

19. Meine Zahnarztangst führt mich in eine gewisse soziale

 Isolation und zum Verlust meines gesellschaftlichen Ansehens. Ja Nein

20. Die Auswirkungen der Zahnarztphobie bedrohen meine Existenz. Ja Nein

21. Ich befürchte den Verlust meines gesellschaftlichen Ansehens. Ja Nein

**Kontrollierbarkeit meiner Zahnarztangst**

22. Ich kann meine Zahnarzt-Probleme gut verbergen. Ja Nein

23. Der Aufwand dazu ist groß und sehr belastend – aber ich

 kann die Selbstbeherrschung zunächst wahren.  Ja Nein

24. Meine Selbstbeherrschung bröckelt oder bricht schlagartig zusammen bei:

Bildern von Zähnen Ja Nein

Gesprächen über Zähne Ja Nein

verständnislosen Reaktionen in der Zahnarzt-Praxis Ja Nein

dem Betreten einer ZA-Praxis Ja Nein

25. Wie reagiert Ihr Körper, wenn ein Zahnarzt-Termin kurz bevorsteht?

Schweißausbrüche Ja Nein

Zittern Ja Nein

Brechreiz Ja Nein

Herzrasen Ja Nein

Übelkeit Ja Nein

Kurzatmigkeit Ja Nein

Atemnot Ja Nein

Durchfall Ja Nein

Körperverkrampfung Ja Nein

Selbstmordgedanken Ja Nein

Angst vor Kontrollverlust Ja Nein

Brust- bzw. Herzschmerzen Ja Nein

26. Das Angebot, mit einem anderen Angstpatienten

 darüber zu sprechen, hätte mir die Kontaktaufnahme erleichtert. Ja Nein

27. Wenn 0 keine Angst bedeutet und 100 einer Todesangst entspricht, wo würden Sie sich Ihrem Gefühl nach eintragen, wenn die Behandlung beginnt.

**0%……………………………………… (50%)……………………………………100%**

**Wovor haben Sie konkret WIEVIEL Angst in Prozent, wenn 0% keine Angst bedeutet und 100% einer Todesangst entspricht? Bitte in Prozentangaben antworten (z.B.: 32%)!**

28. Den Reaktionen des ZA, der ZÄ oder des Personals? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

29. Der Wahrheit über den Zustand Ihrer Zähne? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

30. Der Untersuchung mit Spiegel und Sonde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

31. Dem typischen Geruch von Zahnarzt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

32. Dem unangenehmen Licht der Untersuchungslampe? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

33. Dem unangenehmen Geschmack? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

34. Dem Kontrollverlust in der Behandlungssituation? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

35. Wieviel Angst haben Sie vor dem typischen Bohrgeräusch? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

36. Wieviel Angst haben Sie vor einer Spritze im Mund? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

37. Wieviel Angst haben Sie **KEINE** Spritze zu bekommen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

38. Wie hoch ist Ihre Angst davor, dass es schmerzhaft wird? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vielen Dank für das Ausfüllen diese Fragebogen und Ihre Mitarbeit!

Heidelberg, den

Name in Druckschrift:

PS: Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? (bitte ankreuzen)

Internet

Flyer

persönliche Empfehlung

Wartezimmer Aushang

andere