

ANAMNESEBOGEN FÜR PATIENTEN MIT ZAHNARZTÄNGSTEN



Angst vor dem Zahnarzt habe ich etwa seit: _____

Nicht mehr beim Zahnarzt gewesen bin ich etwa seit: _____

Ich habe Angst vor allem vor:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerz | <input type="checkbox"/> Unsantem Verhalten des Zahnarztes |
| <input type="checkbox"/> Ausgeliefert sein, Nichts tun können | <input type="checkbox"/> Bohrergeräusch |
| <input type="checkbox"/> Nicht zu wissen, was geschehen wird | <input type="checkbox"/> Hektischem Arbeiten |
| <input type="checkbox"/> Spritzen | <input type="checkbox"/> Langen Behandlungen |
| <input type="checkbox"/> Bohren | <input type="checkbox"/> Langem Warten vor der Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Instrumenten | <input type="checkbox"/> Zahnarztgeruch |
| <input type="checkbox"/> Fremden Händen im Mund | <input type="checkbox"/> Angst vor der Angst |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____ | |

Meine erste schlechte Erinnerung an einen Zahnarzt ist:

Die Angst äußert sich bei mir durch:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schwitzen | <input type="checkbox"/> Blässe im Gesicht |
| <input type="checkbox"/> Zittern, Zitterigkeit | <input type="checkbox"/> Kalte Hände und/oder Füße |
| <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Vermeidung von Zahnarztbesuch |
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen | <input type="checkbox"/> Schlafstörung vor der Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Neigung zur Ohnmacht | |
| <input type="checkbox"/> 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:

Haben auch andere Familienmitglieder, Ehepartner, Freunde oder Bekannte Angst vor dem Zahnarzt?

Ja Nein

Wenn ja, wer?: _____



ANAMNESEBOGEN FÜR PATIENTEN MIT ZAHNARZTÄNGSTEN

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

- Mir genau erklärt, was mit meinen Zähnen los ist und wie die Behandlung abläuft
- Mir genau erklärt, was er tut, bevor er es tut
- Sich Zeit nimmt
- Alles ganz langsam macht
- Freundlich und mit ruhiger Stimme mit mir spricht
- Sofort mit dem Bohren aufhört, wenn ich „aaa“ sage oder meinen linken Arm hebe
- Mich entscheiden lässt, wann er was machen soll
- Er mir zeigt, dass er meine Angst versteht
- Mir zeitweise beruhigend eine Hand auf die Schulter legt
- Mich abgesehen von dem, was für die 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 mein Atem ganz ruhig geht
- wenn ich tief aus dem Bauch atme
- wenn sich meine Hände/meine Füße gut durchblutet anfühlen
- wenn ich mit meinen Gedanken ganz woanders bin
- wenn ich ein wohliges Gefühl im Bauch habe
- wenn sich mein Nacken und meine Schultern ganz entspannt anfühlen
- wenn mein Herz gleichmäßig schlägt
- wenn ich in der Nacht vorm Zahnarztbesuch gut schlafe
- wenn ich ganz ruhig und entspannt im Behandlungsstuhl liege
- Sonstiges, und zwar: _____

Sind Sie schon einmal hypnotisiert worden / Haben Sie schon einmal eine Hypnose gesehen?

Ja Nein

Wenn ja, wo?: _____

Ich stelle mir vor, eine Hypnose läuft so ab: _____

In meiner Freizeit beschäftige ich mich besonders gerne mit: _____

(z.B. Hobby)

In meinem letzten Urlaub war ich in: _____

Was ich im letzten Urlaub oft und gerne gemacht habe: _____

(z.B. am Strand liegen, Spaziergänge, Wandern, gut essen, Surfen, Tauchen, Besichtigungen machen, Schwimmen)