Zahnarztpraxis zum Römischen Kaiser

# Angst vor der Zahnbehandlung?

**Individuelles Angstprofil**

von (bitte Name, Vorname, Geburtsdatum eintragen):

Vor wie vielen Jahren waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?

Was war der Grund für diesen Zahnarztbesuch?

Bitte schildern Sie kurz frühere besonders traumatische Erlebnisse beim Zahnarzt:

Was ist der Anlass für Ihren heutigen Zahnarztbesuch?

Hatten Sie in der Vergangenheit jemals einen Zahnarzt Ihres Vertrauens – was machte den Unterschied zu anderen Zahnärzten?

Bitte geben Sie hier alle körperlichen Symptome Ihrer Angst an, die sie im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen Behandlung erleben ( z.B. Herzrasen, Schwindel, Kurzatmigkeit, Schwitzen, Zittern, Übelkeit, ....):

Wie denken Sie im Allgemeinen über ärztliche Behandlungen? Fürchten Sie Spritzen, Blutabnahmen, Impfungen,... beim Arzt? Sind Sie dabei jemals in Ohnmacht gefallen?

Hat Ihre Erwartungsangst jemals dazu geführt, dass Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten konnten? Haben Sie eine Idee, was Ihnen hierbei helfen könnte (z. B. Begleitung durch Freunde, Belohnung danach,...)?

Leiden Sie unter anderen schweren Ängsten?

Sind Sie jemals psychotherapeutisch oder nervenärztlich behandelt worden?

Welche „Idealbehandlung" (z. B. Sanierung in Vollnarkose, Psychotherapie, Beruhigungsmedikamente, Lasereinsatz,....) glauben Sie, könnte Ihnen helfen?

# Angst vor den Kosten?

Wie hoch schätzen Sie die Gesamtkosten für eine solche Spezialbehandlung bis zur vollständigen Sanierung Ihres Gebisses?

Trägt die Angst vor den Kosten einer Zahnsanierung zu Ihrer Angstproblematik bei?

Wie hoch ist Ihr Budget für eine vollständige Sanierung Ihrer Zähne? Benötigen Sie Informationen über Teilzahlungsmöglichkeiten/ Ratenzahlungen, etc.?

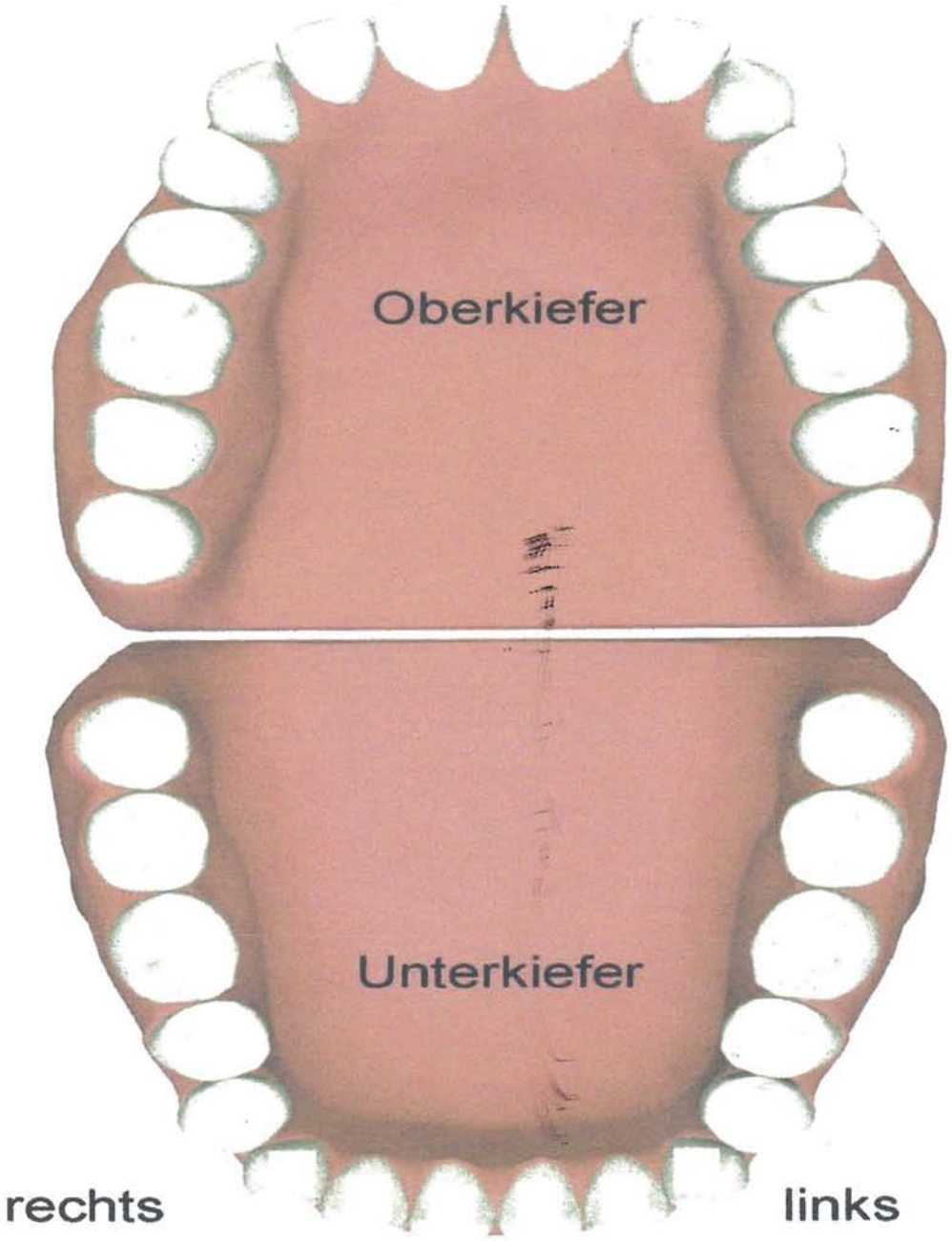
Haben Sie bei Ihrer Krankenkasse eine Antrag auf Kostenbefreiung gestellt, bzw. haben Sie einen solchen Antrag in diesem Kalenderjahr?

Wünschen Sie weitere individuelle Informationen zu den Kosten ihrer zahnärztlichen Behandlung?

Zahnarztpraxis zum Römischen Kaiser

## Subjektiver Zahnbefund

Bitte zeichnen Sie Ihre „problematischen Zähne" im folgenden Schema ein:




Was stört Sie besonders an Ihren Zähnen (z. B. Verfärbungen, gelblich/grau Fehlstellungen, Mundgeruch,….)?

Zahnarztpraxis zum Römischen Kaiser

# Macht der Gedanken – Dental Belief Survey

*Die ersten Fragen beziehen sich auf Ihre Gedanken in zahnmedizinischen Behandlungssituationen. Bitte schätzen Sie ein, inwieweit Sie diesen Bewertungen auf einer Skala von 1- 5 zustimmen können:*

1 gar nicht  2 weniger  3 teilweise  4 überwiegend  5 voll und ganz

*Wählen Sie bitte die Antwort, die Ihre Gedanken noch am nächsten kommen*

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Ich bin besorgt, dass Zahnärzte Arbeiten empfehlen, die nicht wirklich notwendig sind. | | | | | |
| 2. | Ich glaube, dass Zahnärzte es darauf angelegt haben, mir Informationen vorenthalten. | | | | | |
| 3. | Ich bin besorgt, ob der Zahnarzt handwerklich kompetent ist und qualitativ hochwertig arbeitet. | | | | | |
| 4. | Ich habe erlebt, dass Zahnärzte sich nicht an Abmachungen halten. | | | | | |
| 5. | Ich zweifle, ob mir Zahnärzte alle Informationen geben, die ich für eigene Entscheidungen benötige. | | | | | |
| 6. | Zahnärzte kümmern sich nicht darum, wenn ihre Patienten eine Pause benötigen. | | | | | |
| 7. | Ich habe erlebt, dass Zahnärzte sich geweigert haben, ihre Arbeit nachzubessern. | | | | | |
| 8. | Wenn ein Zahnarzt in Eile ist, habe ich Sorge, ob ich eine gute Behandlung erhalte. | | | | | |
| 9. | Ich bin besorgt, ob Zahnärzte wirklich meine Interessen vertreten. | | | | | |
| 10. | Zahnärzte sind zu sehr darauf bedacht, ihre Behandlung abschließen und kümmern sich nicht genug um das Wohl des Patienten. | | | | | |
| 11. | Ich bin besorgt, dass Zahnärzte nicht ausreichend ausgebildet sind, um mit meinen Ängsten und Zahnproblemen umgehen zu können. | | | | | |
| 12. | Ich finde, Zahnärzte geben keine verständlichen Erklärungen. | | | | | |
| 13. | Ich finde, Zahnärzte nehmen sich nicht wirklich Zeit, um meine Fragen zu beantworten. | | | | | |
| 14. | Ich fühle mich unwohl, Zahnärzte etwas zu fragen. | | | | | |
| 15. | Zahnärzte machen mir Vorwürfe wegen meiner unzureichenden Zahnreinigung. | | | | | |
| 16. | Ich habe den Eindruck, Zahnärzte nehmen meine Zahnprobleme nicht ernst. | | | | | |
| 17. | Ich bin besorgt, dass der Zahnarzt meine Ängste noch schürt. | | | | | |
| 18. | Ich habe den Eindruck, dass Zahnärzte es nicht mögen, wenn Patienten etwas fragen | | | | | |
| 19. | Ich schäme mich vor dem Praxispersonal wegen meines Gebisszustandes. | | | | | |
| 20. | Ich glaube, Zahnärzten mangelt es an wirklichen Verständnis für die Lage ihrer Patienten. | | | | | |
| 21. | Wenn ich im Behandlungsstuhl sitze, traue ich mich nicht, um eine kurze Unterbrechung der Behandlung zu bitten. | | | | | |
| 22. | Zahnärzte bemerken nicht, wenn der Patient eine Pause benötigt. | | | | | |
| 23. | Wenn ich einmal im Behandlungsstuhl sitze, fühle ich mich hilflos. | | | | | |
| 24. | Wenn ich dem Zahnarzt signalisiere, dass ich Schmerzen habe, wird er die Behandlung nicht unterbrechen. | | | | | |
| 25. | Ich habe erlebt, dass Zahnärzte mir nicht glauben, wenn ich über Schmerzen bei der Behandlung klage. | | | | | |
| 26. | Zahnärzte sind oft so in Eile, dass ich mich gedrängt fühle. | | | | | |
| 27. | Ich bin besorgt, dass der Zahnarzt in der Behandlungssituation nicht auf mich hört. | | | | | |
| 28. | Wenn viele Zähne behandelt werden müssen, bin ich von dieser schlechten Nachricht so überfordert, dass ich die Behandlung überhaupt nicht beginne. | | | | | |

*Mein ganz persönlicher Angstgedanke:*

Zahnarztpraxis zum Römischen Kaiser

# Katastrophengedanken- Dental Cognition Checklist

*Jede der folgenden Sätze beschreibt einen Gedanken, der einigen Patienten durch den Kopf geht, wenn Sie an die zahnärztliche Behandlung denken. Bitte lesen Sie jeden Satz und markieren Sie, in welchem Ausmaß dieser Gedanke auch auf Sie zutrifft:*

1 gar nicht | 2 weniger | 3 teilweise | 4 überwiegend | 5 voll und ganz

## Ich denke.....

*Wählen Sie bitte die Antwort, die Ihre Gedanken noch am nächsten kommen*

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Die Kanüle erscheint so lang, daß sie Auge, Nase oder Gehirn verletzen könnte. | | | | | |
| Die Kanüle könnte einen Nerv treffen und verletzten. | | | | | |
| Nicht ist so schmerzhaft, wie eine Injektionskanüle in meinem Zahnfleisch. | | | | | |
| Die Kanüle könnte abbrechen. | | | | | |
| Andere Kanülen sind viel dünner und weniger schmerzhaft. | | | | | |
| Bei mir wirken Betäubungsspritzen kaum. | | | | | |
| Wenn mein Rachen betäubt wird, kann ich weder schlucken noch atmen. | | | | | |
| Wenn der Behandlungsstuhl ganz nach hinten gefahren wird, bekomme ich Panik. | | | | | |
| Wenn ich im Behandlungsstuhl sitze, kann ich keine Pause machen. | | | | | |
| Im Behandlungsstuhl erinnere ich mich an viele schlimme Situationen in meinem Leben. | | | | | |
| Ich könnte bei Röntgenaufnahmen zuviel Strahlung abbekommen. | | | | | |
| Quecksilber oder andere zahnärztliche Materialien können meine Gesundheit gefährden. | | | | | |
| Zuviel Betäubungsmittel kann schaden und bewirken, daß ich nicht mehr atmen oder schlucken kann. | | | | | |
| Ich warte beim Bohren immer darauf, daß es gleich weh tut. | | | | | |
| Ich habe Angst, daß der Zahnarzt abrutscht und mich verletzt. | | | | | |
| Ich kann das Geräusch des Bohrers nicht ertragen. | | | | | |
| Ich kann das Geräusch bei der Zahnsteinentfernung nicht ertragen. | | | | | |
| Ich kann den Geruch beim Bohren nicht ertragen. | | | | | |
| Ich bin allergisch gegen zahnmedizinische Materialien und könnte gesundheitliche Schäden erleiden. | | | | | |
| Abdrücke von meinen Zähnen geben mir das Gefühl, nicht mehr Schlucken oder atmen zu können. | | | | | |
| Abdrücke von meinen Zähnen lassen mich würgen. | | | | | |
| Röntgenaufnahmen lassen mich würgen. | | | | | |
| Röntgenaufnahmen schmerzen. | | | | | |
| Ich werde nach der Behandlung große Schmerzen haben. | | | | | |
| Der Zahnarzt wird bei mir etwas Schlimmes entdecken. | | | | | |
| Ich könnte so ängstlich werden, da ich etwas Verrücktes tue. | | | | | |
| Ich könnte so ängstlich werden, da ich die Behandlung abbreche. | | | | | |
| Ich werde schon vor der eigentlichen Behandlung sehr ängstlich. | | | | | |
| Ich bin psychisch völlig erschöpft nach der Behandlung. | | | | | |
| Ich bin körperlich völlig erschöpft nach der Behandlung. | | | | | |
| Ich kann den Anblick oder den Geschmack von Blut nicht ertragen. | | | | | |
| Der Zahnarzt könnte zu tief bohren. | | | | | |
| Der Zahnarzt könnte sagen, daß ich eine Wurzelkanalbehandlung benötige. | | | | | |
| Ich werde alle meine Zähne verlieren. | | | | | |
| Die Betäubung von der Spritze wird nicht mehr weggehen. | | | | | |
| Der Zahnarzt wird mich für verrückt oder kindisch halten. | | | | | |
| Ich fühle mich so schuldig wegen meiner schlechten Zähne, daß ich keine Zahnbehandlung verdiene. | | | | | |
| Ich bin so ängstlich, daß ich beim Zahnarzt zuviel Ärger mache. | | | | | |

*Mein ganz persönlicher Katastrophengedanke:*

Zahnarztpraxis zum Römischen Kaiser

# Hierarchischer Angstfragebogen nach Jöhren (1999)

*Bitte stellen Sie sich die oben genannte Situation in Ruhe vor. Dann kreuzen Sie bitte Ihre entsprechende Empfindung auf dem Fragebogen an.*

| | Ent-spannt | Unruhig | Ange-spannt | Ängstlich | Krank vor Angst |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Wie fühlen Sie sich bei dem Gedanken, Sie müssen morgen zum Zahnarzt? | | | | | |
| 2. Sie sitzen im Wartezimmer und warten darauf, aufgerufen zu werden. Wie fühlen Sie sich? | | | | | |
| 3. Stellen Sie sich vor, Sie betreten das Behandlungszimmer und riechen den typischen Geruch. | | | | | |
| 4. Sie liegen auf dem Behandlungsstuhl und der Zahnarzt betritt das Zimmer. | | | | | |
| 5. Zusammen schauen Sie sich die Röntgenaufnahme an und besprechen, was zu tun ist. | | | | | |
| 6. Wie fühlen Sie sich, wenn man Ihnen erklärt, dass jetzt gleich Zahnstein entfernt wird? | | | | | |
| 7. Der Zahnarzt erklärt Ihnen, dass Sie eine Karies haben, und dass er diese jetzt behandeln will. | | | | | |
| 8. Er verändert die Stellung des Stuhls und bereitet eine Spritze vor. | | | | | |
| 9. Stellen Sie sich vor, Sie hören das typische Geräusch des Bohrers, wie fühlen Sie sich? | | | | | |
| 10. Der Zahnarzt erklärt Ihnen, dass die Karies zu tief ist und der Zahn entfernt werden muss. | | | | | |
| 11. Ein Weisheitszahn soll bei Ihnen entfernt werden, die Spritze wurde bereits gesetzt. Der Zahnarzt nimmt das Skalpell auf. | | | | | |

Zahnarztpraxis zum Römischen Kaiser

# Dental Cognitions Questionnaire nach De Jongh et al. (1995)

*Geben Sie bitte für jede der folgenden Aussagen an, ob sie für Sie zutrifft (ja oder nein).*
*Schätzen Sie bitte ein, wie überzeugt Sie von der jeweiligen Aussage im Moment sind. Geben Sie bitte einen Prozentwert zwischen 0% und 100% an.*

*(0%= Ich glaube absolut nicht an diese Aussage, bis 100%= Ich bin völlig überzeugt von dieser Aussage.)*

| **Wenn mir in Kürze eine zahnärztliche Behandlung bevorsteht, dann denke ich...** | **ja** | **nein** | **0-100%** |
|---|---|---|---|
| 1. Zahnärzte tun, was sie wollen. | | | |
| 2. Zahnärzte sind oft ungeduldig. | | | |
| 3. Dem Zahnarzt ist egal, wenn es weh tut. | | | |
| 4. Zahnärzte verstehen mich nicht. | | | |
| 5. Zahnärzte sind oft unfähig. | | | |
| 6. Zahnärzte denken, ich benehme mich kindisch. | | | |
| 7. Zahnbehandlungen misslingen oft. | | | |
| 8. Meine Zähne können nicht gerettet werden. | | | |
| 9. Ich sollte mich meiner Zähne schämen. | | | |
| 10. Meine Zähne könnten Auseinanderbrechen | | | |
| 11. Ich kann Schmerzen nicht aushalten. | | | |
| 12. Ich bin ein angespannter Mensch. | | | |
| 13. Ich bin ein schwieriger Mensch. | | | |
| 14. Ich habe besonders lange Wurzeln. | | | |

| **Während der Behandlung denke ich ...** | | | |
|---|---|---|---|
| 15. Alles geht schief. | | | |
| 16. Die Behandlung wird weh tun. | | | |
| 17. Meine Zähne werden Auseinanderbrechen. | | | |
| 18. Irgend etwas wird sicher schief gehen. | | | |
| 19. Es läuft nie reibungslos. | | | |
| 20. Ich bin hilflos. | | | |
| 21. Ich habe mich nicht unter Kontrolle. | | | |
| 22. Ich kann nicht flüchten, ich bin eingesperrt. | | | |
| 23. Betäubungsmittel wirken oft nicht. | | | |
| 24. Das Geräusch des Bohrers macht mir Angst. | | | |
| 25. Der Zahnarzt wird mir in meine Zunge, Zahnfleisch oder Wange bohren. | | | |
| 26. Er wird ein Nerv treffen. | | | |
| 27. Ich habe keine Kontrolle über das, was passiert. | | | |
| 28. Ich werde während der Behandlung sterben. | | | |
| 29. Ich werde in Panik geraten. | | | |
| 30. Ich werde ohnmächtig werden. | | | |
| 31. Ich werde ersticken. | | | |
| 32. Ich kann die Behandlung nicht lange aushalten. | | | |
| 33. Ich werde nachher sicher Schmerzen haben. | | | |
| 34. Die Füllung wird sicher herausfallen und muss erneuert werden. | | | |
| 35. Die Behandlung läuft schief. | | | |
| 36. Mir wird schlecht. | | | |
| 37. Der Zahnarzt wird die Kontrolle über den Bohrer verlieren. | | | |
| 38. Der Zahnarzt glaubt, dass ich ein schwieriger Patient bin und mich kindisch benehme. | | | |

Zahnarztpraxis zum Römischen Kaiser

# Dental Fear Survey, nach Kleinknecht et al. (1973)

*Bitte stufen Sie Ihre Gefühle oder Reaktionen anhand der folgenden Skala ein:*

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| nie | ein oder zweimal | einige Male | oft, häufig | fast immer |

1. Hat Angst vor zahnärztlicher Behandlung Sie schon jemals veranlasst, einen Zahnarztbesuch hinauszuschieben?
2. Hat Angst vor zahnärztlicher Behandlung Sie schon jemals veranlasst, einen Termin abzusagen oder nicht wahrzunehmen?

*Bitte stufen Sie Ihre Reaktionen bei der Durchführung einer Zahnbehandlung nach folgender Skala ein:*

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| nicht im geringsten | ein bisschen | etwas | viel | sehr viel |

3. Meine Muskeln spannen sich an
4. Ich atme schneller
5. Ich schwitze
6. Mir ist übel und mein Magen tut weh
7. Mein Herz schlägt schneller

*Bitte stufen Sie ein, wie viel Angst oder unangenehme Gefühle jede der folgenden Situationen bei Ihnen auslöst. Benutzen Sie obige Skala:*

8. Einen Zahnarzttermin vereinbaren
9. Sich die Zähne reinigen zu lassen
10. Im Wartezimmer sitzen
11. Sich in das Behandlungszimmer setzen
12. Der Geruch der Praxisräume
13. Wahrnehmen, wie der Zahnarzt hereinkommt
14. Die Betäubungsspritze sehen
15. Den Einstich spüren
16. Den Bohrer sehen
17. Den Bohrer hören
18. Die Vibrationen des Bohrers spüren
19. Die Zähne reinigen lassen
20. Zusammen genommen, wie viel Angst haben Sie vor der zahnärztlichen Behandlung?

# Dental Anxiety Scale (DAS), nach Corah (1969)

*Stellen Sie sich vor, sie müssen zum Zahnarzt, wie fühlen Sie sich?*

- [ ] Ich betrachte es als eine relativ erfreuliche Begegnung.
- [ ] Es macht mir nichts aus.
- [ ] Mir ist ein wenig unbehaglich zumute.
- [ ] Ich befürchte, dass es unangenehm und schmerzhaft werden könnte.
- [ ] Ich habe starke Angst und bin sehr besorgt, was der Zahnarzt wohl mit mir anstellen wird.

*Stellen Sie sich vor, Sie sitzen beim Zahnarzt im Wartezimmer, wie fühlen Sie sich?*

- [ ] entspannt.
- [ ] ein wenig unbehaglich.
- [ ] angespannt.
- [ ] ängstlich.
- [ ] so ängstlich, dass ich Schweißausbrüche bekomme und mich regelrecht krank fühle.

*Stellen Sie sich vor, Sie sitzen im Behandlungsstuhl. Der Zahnarzt bereitet den Bohrer vor, um damit an Ihren Zähnen zu arbeiten. Wie fühlen Sie sich?*

- [ ] entspannt.
- [ ] ein wenig unbehaglich.
- [ ] angespannt.
- [ ] ängstlich.
- [ ] so ängstlich, dass ich Schweißausbrüche bekomme und mich regelrecht krank fühle.

*Stellen Sie sich vor, Sie sitzen im Behandlungsstuhl, um Ihre Zähne reinigen zu lassen. Der Zahnarzt stellt die Instrumente zum Bearbeiten der Zähne und des Zahnfleischs zusammen. Wie fühlen Sie sich?*

- [ ] entspannt.
- [ ] ein wenig unbehaglich.
- [ ] angespannt.
- [ ] ängstlich.
- [ ] so ängstlich, dass ich Schweißausbrüche bekomme und mich regelrecht krank fühle.

Zahnarztpraxis zum Römischen Kaiser

## OHIP-G 14 – Fragebogen zur mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität

Bitte prüfen Sie für jede der folgenden Aussagen, wie sehr die beschriebene Situation für Sie persönlich zutrifft. Kreuzen Sie bitte für jede Aussage eine Zahl an.

| **Hatten Sie im vergangenen Monat aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz** | **Sehr oft** | **oft** | **ab und zu** | **kaum** | **nie** |
|---|---|---|---|---|---|
| Schwierigkeiten bestimmte Worte auszusprechen? | | | | | |
| das Gefühl, Ihr Geschmackssinn war beeinträchtigt? | | | | | |
| den Eindruck, dass Ihr Leben ganz allgemein weniger zufriedenstellend war? | | | | | |
| Schwierigkeiten zu entspannen? | | | | | |

| **Ist es im vergangenen Monat aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz vorgekommen,** | **sehr oft** | **oft** | **ab und zu** | **kaum** | **nie** |
|---|---|---|---|---|---|
| dass Sie sich angespannt gefühlt haben? | | | | | |
| dass Sie Ihre Mahlzeiten unterbrechen mussten? | | | | | |
| dass es Ihnen unangenehm war, bestimmte Nahrungsmittel zu essen? | | | | | |
| dass Sie anderen Menschen gegenüber eher reizbar gewesen sind? | | | | | |
| dass es Ihnen schwergefallen ist, Ihren alltäglichen Beschäftigungen nachzugehen? | | | | | |
| dass Sie vollkommen unfähig waren, etwas zu tun? | | | | | |
| dass Sie sich ein wenig verlegen gefühlt haben? | | | | | |
| dass Ihre Ernährung unbefriedigend gewesen ist? | | | | | |

| **Hatten Sie im vergangenen Monat** | **sehr oft** | **oft** | **ab und zu** | **kaum** | **nie** |
|---|---|---|---|---|---|
| Schmerzen im Mundbereich? | | | | | |
| ein Gefühl der Unsicherheit in Zusammenhang mit Ihren Zähnen, Ihrem Mund oder Ihrem Zahnersatz? | | | | | |