

# Angstanamnese

Liebe Patientin, lieber Patient!

Für viele Menschen ist ein bevorstehender Zahnarzttermin mit einem unangenehmen Gefühl verbunden. Dies möchten wir ändern! Wir kennen uns mit dem Thema Angst aus und gehen besonders einfühlsam auf jeden ein. Unsere wichtigste Botschaft an Sie vorweg: „Angst kann man wieder verlernen!“ Das möchten wir gemeinsam mit Ihnen erreichen und Ihnen zu einem entspannten Besuch verhelfen.

## Persönliches

\_\_\_\_\_  
Name / Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Datum

Angst vor dem Zahnarzt habe ich seit: \_\_\_\_\_

weil: \_\_\_\_\_

Ich habe Angst besonders vor:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen                                      | <input type="checkbox"/> Geräuschen   |
| <input type="checkbox"/> Geruch   | <input type="checkbox"/> Geschmack  |
| <input type="checkbox"/> Atemnot  | <input type="checkbox"/> Würgegefühl  |
| <input type="checkbox"/> Nicht zu wissen, was bei mir gemacht wird      | <input type="checkbox"/> Ausgeliefert sein und dem Gefühl, nichts tun zu können |
| <input type="checkbox"/> Spritzen                                       | <input type="checkbox"/> Bohrgeräusche  |
| <input type="checkbox"/> Instrumenten                                   | <input type="checkbox"/> fremde Hände im Mund                                   |
| <input type="checkbox"/> unsanftem Verhalten von Zahnarzt oder HelferIn | <input type="checkbox"/> hektischem Arbeiten                                    |
| <input type="checkbox"/> langen Behandlungen                            | <input type="checkbox"/> langem Warten vor einer Behandlung                     |

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Die Angst äußert sich bei mir durch:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen vor dem Zahnarzttermin | <input type="checkbox"/> Vermeiden vom Zahnarzttermin |
| <input type="checkbox"/> Schwitzen                              | <input type="checkbox"/> Zittern                      |
| <input type="checkbox"/> Unruhe                                 | <input type="checkbox"/> Herzklopfen                  |
| <input type="checkbox"/> Neigung zur Ohnmacht                   | <input type="checkbox"/> Blässe im Gesicht            |
| <input type="checkbox"/> Kalte Hände / kalte Füße               |   |

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ich habe auch vor anderen Ärzten Angst  ja  nein

Andere Familienmitglieder haben auch Angst  ja  nein

Andere Zahnärzte haben folgendes gegen meine Angst unternommen: \_\_\_\_\_

Ich selbst gehe folgendermaßen gegen meine Angst vor: \_\_\_\_\_

# Angstanamnese

Damit ich mich während der Behandlung gut aufgehoben fühle, ist es für mich wichtig, dass der Zahnarzt...

- während der Behandlung genau jeden Schritt erklärt
- mir möglichst nichts sagt – ich will nichts von der Behandlung wissen
  
- sich viel Zeit nimmt
- möglichst schnell macht
- alles ganz langsam macht
  
- sofort aufhört, wenn ich den linken Arm hebe
- mit mir über meine Angst redet
- mich versucht zu beruhigen
- mich abgesehen von dem, was für die Behandlung unbedingt erforderlich ist, nicht berührt
- mir Videoablenkung oder Musikablenkung während der Behandlung anbietet
- mich, während der Behandlung etwas in den Händen „kneten“ lässt (z. B. Anti-Stressball)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Woran kann der Zahnarzt merken, dass Sie keine Angst mehr haben – oder besser: woran merken Sie, dass es Ihnen bei uns richtig gut geht? richtig gut geht es mir, wenn...

- mein Atem ganz ruhig geht
- ich tief in den Bauch atme
- sich meine Hände/Füße warm anfühlen
- meine Hände entspannt auf meinem Bauch liegen
- ich mit meinen Gedanken ganz woanders bin
- sich mein Nacken und meine Schultern ganz entspannt anfühlen
- mein Herz ruhig und entspannt schlägt
- ich in der Nacht vor der Behandlung gut schlafe
- ich ganz entspannt und ruhig daliege

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Offenheit! Wir werden Ihre Informationen in Ihrem Sinne bestmöglich verwenden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift