

Wichtige Fragen für Angstpatienten:

Name: _____

1. Angstskala:

Bitte kreuzen Sie die Zahl an, die ungefähr der Angst entspricht, die Sie vor einer zahnärztlichen Behandlung haben.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Geringe Angst _____ unbeschreiblich große Angst

2. Fragen

a.) Ich bin seit _____ Jahren nicht mehr zur Behandlung beim Zahnarzt gewesen.

b.) Ich habe Angst vor zahnärztlicher Behandlung, weil (bitte ankreuzen, bzw. ausfüllen) ich irgendetwas mal schlechte Erfahrungen gemacht habe.

ja nein

■ Nämlich: _____

_____ Damals war ich ca. _____ Jahre alt.

■ Oder Erzählungen aus der Verwandtschaft (auch Freunde) ja nein

■ Sonstiges, nämlich: _____

c.) Ich würde trotz Angst zur zahnärztlichen Behandlung gehen, wenn (bitte jetzt Ihre Behandlungsbedingungen nennen):

Nämlich: _____

2. Zusätzlich

■ möchte ich eine dauerhafte und gute Versorgung meiner Zähne, auch wenn dies etwas teurer ist als die Standardversorgung ja nein

■ bin ich bereit alle 6 Monate meine Zähne durch meinen Zahnarzt kontrollieren zu lassen, damit etwaige Zahnschäden rechtzeitig erkannt werden. ja nein

■ möchte ich an dieser Stelle in meine Zahngesundheit investieren, da ich durch Prophylaxemaßnahmen Zahn- und Zahnfleischschäden vermeiden kann. ja nein

Datum: _____

Unterschrift: _____

Meine persönlichen Daten zum Anamnesebogen auf der Vorderseite sind aktuell:

Datum	Unterschrift
Datum	Unterschrift
Datum	Unterschrift
Datum	Unterschrift
Datum	Unterschrift