



## Anti-Angst-Programm

- Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt? Ja  Nein
- Wovor haben Sie besonders Angst? \_\_\_\_\_
- Auf einer Skala von 1 (ich gehe gerne zum Zahnarzt = keine Angst) bis 10 (aus Panik war ich jahrelang nicht mehr beim Zahnarzt = panische Angst) würden Sie sich bei \_\_\_\_\_ einstufen.
- Wenn Sie bei folgenden häufig erwähnten Angstauslösern auch wieder die Skala von 1 (stört mich gar nicht) bis 10 (stört mich extrem) zu Rate ziehen, wo würden Sie sich einstufen?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Diagnose einer Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untersuchung und Röntgenbilder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgeliefertsein auf dem Zahnarztstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geruch, Geschmack, Geräusch (zutreffendes bitte unterstreichen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangelhafte Aufklärung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Wartezeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitmangel des Zahnarztes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlust der Privatsphäre und Anonymität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen bei Spritze, Behandlung, Heilungsphase (zutreffendes bitte unterstreichen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folgen der Behandlung (Blutung, Schwellung, Infektion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____										
_____										

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Anhand Ihrer Angaben können wir bestimmen, wie wir die Behandlung für Sie möglichst angenehm gestalten können.

Häufig setzt während der Behandlung ein Aha-Effekt ein, und gewisse Angstauslöser werden in ihrer Intensität stark herabgesetzt oder verschwinden ganz. Sollte dies auch bei Ihnen der Fall sein, bitten wir Sie, uns dies mitzuteilen. Eine vertrauensvolle Kommunikation erlaubt es uns, immer wieder optimal auf Ihr Problem einzugehen und die Qualität unserer Arbeit zu steigern.