

Dr. Johannes Trägner-Born
Zahnarzt - Oralchirurgie

Rumfordstraße 21a
80469 München
Tel.: 089/295269
Fax: 089/2289373
e-mail: praxis@traegner-born.de
Internet: www.traegner-born.de

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Gratulation!

Sie haben sich entschlossen, etwas gegen Ihre Oralphobie zu unternehmen und an dem Anti-Angst-Training teilzunehmen.
Dazu benötigen wir Ihre Mithilfe, damit ein großes Maß an Effektivität erzielt werden kann.

Bitte füllen Sie deshalb die beiliegenden Fragebögen aus und bringen sie zum Termin mit.
Sie werden diese Fragebögen im Laufe des Trainings/Behandlung noch zwei Mal ausfüllen,
damit wir den Verlauf der Therapie verfolgen können.
Dies ist auch für unsere wissenschaftliche Auswertung wichtig.

Wenn Sie fragen haben, können Sie sich jederzeit an uns wenden.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Johannes Trägner-Born

Dr. Johannes Träger-Born
Zahnarzt - Oralchirurgie

Rumfordstraße 21a
80469 München
Tel.: 089/295269
Fax: 089/2289373
e-mail: praxis@traegner-born.de
Internet: www.traegner-born.de

ANGSTLISTE FÜR ORALOPHOBIKER

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

wir haben uns darauf spezialisiert, Menschen mit Angst vor zahnärztlicher
Behandlung (Oralophobie) zu helfen. Dazu benötigen wir Ihre Unterstützung.
Bitte füllen Sie die untenstehende Liste aus.

An erster Stelle schreiben Sie bitte, vor welcher Maßnahme Sie die größte Angst
haben, an zweiter Stelle die Maßnahme mit der zweitgrößten Angst usw.

ANGSTLISTE:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

1. Ich habe Angst vor zahnärztlichen Behandlungen, weil (bitte ankreuzen bzw. ausfüllen):

- Ich habe schlechte Erfahrungen gemacht, nämlich:

Damals war ich Jahre alt.

- Erzählungen aus der Verwandtschaft (auch Freunde etc.)

- Anderes, nämlich:

2. Bitte ankreuzen:

- Ich möchte beim Zahnarzt so versorgt werden, dass ich möglichst lange nicht mehr behandelt werden muss.
- Ich möchte eine dauerhafte und gute Versorgung meines Gebisses, auch wenn dies etwas teurer ist, als die Kassenstandardversorgung.
- Ich bin bereit, alle 3 Monate mein Gebiss durch einen Zahnarzt kontrollieren zu lassen, damit Zahnschäden rechtzeitig erkannt werden können.
- Durch Prophylaxemaßnahmen (keine Kassenleistung) kann ich Zahn- und Zahnfleischschäden vermeiden. Ich möchte hier in meine Zahngesundheit investieren.
- Ich würde trotz Angst zur Zahnbehandlung gehen, wenn (bitte jetzt Ihre „Behandlungsbedingungen“ nennen):

Dr. Johannes Trägner-Born

Zahnarzt – Oralchirurgie

Rumfordstraße 21a

80469 München

Tel.: 089/295269

Fax: 089/2289373

e-mail: praxis@traegner-born.de

Internet: www.traegner-born.de

Datum.....

Name:.....

Alter:.....

Geschlecht: m / w

1. Ich bin seit Jahren nicht mehr beim Zahnarzt gewesen.

2. Angstskala (VAS):

Bitte markieren Sie die Zahl, die ungefähr der Angst entspricht, die Sie vor der zahnärztlichen Behandlung haben.

Geringe ----- unbeschreiblich
 Angst 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 große Angst

3. Hierarchischer Angstfragebogen (HAF) n. Jöhren:

Stellen Sie sich bitte folgende Situationen vor und kreuzen Sie an, wie sie sich fühlen.

	Entspannt	Unruhig	Angespannt	Ängstlich	Krank vor Angst
Wie fühlen Sie sich bei dem Gedanken, Sie müssten morgen zum Zahnarzt?					
Sie sitzen im Wartezimmer und warten darauf, aufgerufen zu werden. Wie fühlen Sie sich?					
Stellen Sie sich vor, Sie betreten das Behandlungszimmer und riechen den typischen Geruch.					
Sie liegen auf dem Behandlungsstuhl und der Zahnarzt betritt das Zimmer.					
Zusammen schauen Sie sich die Röntgenaufnahmen an und besprechen, was zu tun ist.					
Wie fühlen Sie sich, wenn man Ihnen erklärt, dass jetzt gleich Zahnstein entfernt wird?					
Der Zahnarzt erklärt Ihnen, dass Sie eine Karies haben, und dass er diese jetzt behandeln will.					
Er verändert die Stellung des Stuhls und bereitet eine Spritze vor.					
Stellen Sie sich vor, Sie hören das typische Geräusch des Bohrers, wie fühlen Sie sich?					
Der Zahnarzt erklärt Ihnen, dass die Karies zu tief ist und der Zahn entfernt werden muss.					

<30 niedrig ängstlich

31-38 mittel ängstlich

>38 hochängstlich

>38 und Vermeidung >2 Jahre: Oralophobie

PDS

TEIL I

Viele Menschen haben irgendwann einmal in Ihrem Leben ein sehr belastendes oder traumatisches Erlebnis oder werden Zeugen eines solchen Ereignisses. Bitte geben Sie für jedes der folgenden Ereignisse an, ob Sie es erlebt haben, entweder persönlich oder als Zeuge. Bitte kreuzen Sie JA an, wenn dies der Fall war, und NEIN, wenn dies nicht der Fall war.

- | | | | |
|-----|----|------|---|
| 1. | JA | NEIN | Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion (z.B. Arbeitsunfall, Unfall in der Landwirtschaft, Autounfall, Flugzeug- oder Schiffsunglück) |
| 2. | JA | NEIN | Naturkatastrophe (z.B. Wirbelsturm, Orkan, Flutkatastrophe, schweres Erdbeben) |
| 3. | JA | NEIN | Gewalttätiger Angriff jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schusswaffe bedroht werden, Stichverletzungen zugefügt bekommen) |
| 4. | JA | NEIN | Gewalttätiger Angriff durch fremde Personen (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schusswaffe bedroht werden, Stichverletzungen zugefügt bekommen) |
| 5. | JA | NEIN | Sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung) |
| 6. | JA | NEIN | Sexueller Angriff durch fremde Personen (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung) |
| 7. | JA | NEIN | Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt im Kriegsgebiet |
| 8. | JA | NEIN | Sexueller Kontakt im Alter von unter 18 Jahren mit einer Person, die mindestens 5 Jahre älter war (z.B. Kontakt mit Genitalien oder Brüsten) |
| 9. | JA | NEIN | Gefangenschaft (z.B. Strafgefangener, Kriegsgefangener, Geißel) |
| 10. | JA | NEIN | Folter |
| 11. | JA | NEIN | Lebensbedrohliche Krankheit |
| 12. | | | Anderes traumatisches Ereignis
Bitte beschreiben Sie dieses Ereignis: |
| | JA | NEIN | |

Wenn Sie mehrmals JA angekreuzt haben, geben Sie bitte hier die Nummer desjenigen Erlebnisses an, das Sie am meisten belastet:

Nr. _____

Bitte beantworten Sie die Fragen auf den folgenden Seiten FÜR DIESES SCHLIMMSTE ERLEBNIS (wenn Sie nur für eines der Ereignisse JA angekreuzt haben, ist mit „schlimmstes Erlebnis“ dieses Erlebnis gemeint). Wenn Sie keines der Erlebnisse hatten, brauchen Sie keine weiteren Fragen zu beantworten.

TEIL II

Wann hatten Sie dieses „schlimmste Erlebnis“?

(Bitte kreuzen Sie eine der Antwortmöglichkeiten an)

- Vor weniger als einem Monat
- Vor 1 bis 3 Monaten
- Vor 3 bis 6 Monaten
- Vor 6 Monaten bis 3 Jahren
- Vor 3 bis 5 Jahren
- Vor mehr als 5 Jahren

Bitte kreuzen Sie für die folgenden Fragen JA oder NEIN an:

Während des „schlimmsten Erlebnisses“...

- | | | |
|----|------|--|
| JA | NEIN | ...wurden Sie körperlich verletzt? |
| JA | NEIN | ...wurde jemand anderes körperlich verletzt? |
| JA | NEIN | ... dachten Sie, dass Ihr Leben in Gefahr war? |
| JA | NEIN | ...dachten Sie, dass das Leben einer anderen Person in Gefahr war? |
| JA | NEIN | ...fühlten Sie sich hilflos? |
| JA | NEIN | ...hatten Sie starke Angst oder waren voller Entsetzen? |

TEIL III

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Problemen, die Menschen manchmal nach traumatischen Erlebnissen haben. Bitte lesen Sie sich jedes der Probleme sorgfältig durch. Wählen Sie diejenige Antwortmöglichkeit (0-3) aus, die am besten beschreibt, wie häufig Sie IM LETZTEN MONAT (d.h. in den letzten 4 Wochen bis einschließlich heute) von diesem Problem betroffen waren. Die Fragen sollten Sie dabei auf Ihr „schlimmstes Erlebnis“ beziehen.

Dabei bedeutet

0 = überhaupt nicht oder nur einmal im letzten Monat

1 = einmal pro Woche oder seltener/ manchmal

2 = 2 bis 4 mal pro Woche/ die Hälfte der Zeit

3 = 5 mal oder öfter pro Woche/ fast immer

- 0 1 2 3 Hatten Sie belastende Gedanken oder Erinnerungen an das Erlebnis, die ungewollt auftraten und Ihnen durch den Kopf gingen, obwohl Sie nicht daran denken wollten?
- 0 1 2 3 Hatten Sie schlechte Träume oder Alpträume über das Erlebnis?
- 0 1 2 3 War es, als würden Sie das Ereignis plötzlich noch einmal durchleben, oder handelten oder fühlten Sie so, als würde es wieder passieren?
- 0 1 2 3 Belastete es Sie, wenn Sie an das Erlebnis erinnert wurden (fühlten Sie sich z.B. ängstlich, ärgerlich, traurig, schuldig, usw.)?
- 0 1 2 3 Hatten Sie körperliche Reaktionen (z.B. Schweißausbruch oder Herzklopfen), wenn Sie an das Erlebnis erinnert wurden?
- 0 1 2 3 Haben Sie sich bemüht, nicht an das Erlebnis zu denken, nicht darüber zu reden oder damit verbundene Gefühle zu unterdrücken?
- 0 1 2 3 Haben Sie sich bemüht, Aktivitäten, Menschen oder Orte zu meiden, die Sie an das Erlebnis erinnern?
- 0 1 2 3 Konnten/ Können Sie sich an einen wichtigen Bestandteil des Erlebnisses nicht erinnern?
- 0 1 2 3 Hatten Sie deutlich weniger Interesse an Aktivitäten, die vor dem Erlebnis für Sie wichtig waren oder haben Sie sie deutlich weniger unternommen?

- 0 1 2 3 Fühlten Sie sich Menschen Ihrer Umgebung gegenüber entfremdet oder isoliert?
- 0 1 2 3 Fühlten Sie sich abgestumpft oder taub (z.B. nicht weinen können oder sich unfähig fühlen, liebevolle Gefühle zu erleben)?
- 0 1 2 3 Hatten Sie das Gefühl, dass sich Ihre Zukunftspläne und Hoffnungen nicht erfüllen werden (z.B. dass Sie im Beruf keinen Erfolg haben, nie heiraten, keine Kinder haben oder kein langes Leben haben werden)?
- 0 1 2 3 Hatten Sie Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen?
- 0 1 2 3 Waren Sie reizbar oder hatten Sie viele Wutausbrüche?
- 0 1 2 3 Hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren (z.B. während eines Gesprächs in Gedanken abschweifen; beim ansehen einer Fernsehsendung den Faden verlieren; vergessen, was Sie gerade gelesen haben)?
- 0 1 2 3 Waren Sie übermäßig wachsam (z.B. nachprüfen, wer in Ihrer Nähe ist; sich unwohl fühlen, wenn Sie mit dem Rücken zur Tür sitzen; usw.)?
- 0 1 2 3 Waren Sie nervös oder schreckhaft (z.B. wenn jemand hinter Ihnen geht)?

Wie lange haben Sie schon die Probleme, die Sie in Teil III angegeben haben?

(Bitte eine Antwortmöglichkeit ankreuzen):

- Weniger als 1 Monat
- 1-3 Monate
- Über 3 Monate

Wann nach dem traumatischen Erlebnis traten diese Probleme auf?

(Bitte eine Antwortmöglichkeit ankreuzen):

- Innerhalb der ersten 6 Monate
- Nach 6 Monaten oder später

TEIL IV

Bitte geben Sie an, ob die Probleme, die Sie in Teil III angegeben haben, Sie **IM LETZTEN MONAT** in den unten aufgeführten Bereichen Ihres Lebens beeinträchtigt haben.

Bitte kreuzen Sie **JA** an, wenn eine Beeinträchtigung vorlag und **NEIN**, wenn dies nicht der Fall war.

JA	NEIN	Arbeit
JA	NEIN	Hausarbeit und Haushaltspflichten
JA	NEIN	Beziehungen zu Freunden
JA	NEIN	Unterhaltung und Freizeitaktivitäten
JA	NEIN	(Hoch-) Schule/ Ausbildung
JA	NEIN	Beziehung zu Familienmitgliedern
JA	NEIN	Erotik
JA	NEIN	allgemeine Lebenszufriedenheit
JA	NEIN	allgemeine Leistungsfähigkeit in allen Lebensbereichen

Danke das Sie sich die Zeit für diesen Fragebogen genommen haben.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Johannes Trägner-Born