

Anamnese-Fragebogen

für Patienten, die eine Hypnose wünschen



Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Datum

Angst vor dem Zahnarzt habe ich etwa seit ____ Jahren. (Falls Sie das nicht betrifft, gehen Sie bitte gleich zur zweiten Seite über.)

Nicht mehr beim Zahnarzt gewesen bin ich seit ____ Jahren.

Haben andere Familienmitglieder, Verwandte oder Ihr Partner auch Angst vor dem Zahnarzt?

Wenn ja, wer? _____

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an:

Ich habe Angst vor allem vor

- Schmerzen
- ausgeliefert zu sein, nichts tun können
- nicht zu wissen, was geschehen wird
- Spritzen
- Bohren
- Instrumenten

- fremde Hände im Mund
- unsanftem Verhalten des Zahnarztes
- Bohrergeräuschen
- hektischen Arbeiten
- langen Behandlungen
- langem Warten vor der Behandlung
- Zahnarztbesuchen
- Angst vor der Angst

Sonstiges: _____

Meine erste schlechte Erinnerung an einen Zahnarzt ist:

Meine Angst äußert sich durch

- Schwitzen
- Zittern
- Unruhe

- Herzklopfen
- Schlafstörungen vor der Behandlung
- Neigung zu Ohnmachtsanfällen
- Kalte Hände und /oder Füße
- Vermeidung von Zahnarztbesuchen

Sonstiges: _____

Ich habe auch Angst, zu Ärzten zu gehen: Ja Nein

Was hat der Zahnarzt bisher gegen meine Angst getan: _____

Was habe ich bisher gegen meine Angst getan:

Name, Vorname _____

Damit ich mich während einer Zahnbehandlung möglichst sicher und gut aufgehoben fühlen kann, ist es mir besonders wichtig, dass der Zahnarzt:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mir genau erklärt, was mit meinem Zahn los ist und wie die Behandlung abläuft | <input type="checkbox"/> Sofort mit dem Bohren aufhört, wenn ich „AAA“ sage oder meinen linken Arm hebe |
| <input type="checkbox"/> Mir jeden Behandlungsschritt genau erklärt, bevor er ihn durchführt | <input type="checkbox"/> Mich entscheiden lässt, wann er was machen soll |
| <input type="checkbox"/> Sich Zeit nimmt | <input type="checkbox"/> Mir zeigt, dass er meine Angst versteht |
| <input type="checkbox"/> Alles langsam macht | <input type="checkbox"/> Mir zeitweise beruhigend eine Hand auf meinen Arm / meine Schulter legt |
| <input type="checkbox"/> Freundlich und ruhig mit mir spricht | <input type="checkbox"/> Mich nicht berührt, außer es ist unbedingt für die Behandlung notwendig |
- Sonstiges: _____

Woran werden Sie merken, dass Sie keine Angst mehr haben? Oder anders ausgedrückt: Woran werden Sie merken, dass es Ihnen bei uns richtig gut geht?

Richtig gut geht es mir, wenn:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mein Atem ganz ruhig geht | <input type="checkbox"/> Sich mein Nacken und meine Schultern ganz entspannt anfühlen |
| <input type="checkbox"/> Ich tief in den Bauch atme | <input type="checkbox"/> Mein Herz gleichmäßig schlägt |
| <input type="checkbox"/> Sich meine Hände / Füße gut durchblutet anfühlen | <input type="checkbox"/> Ich in der Nacht vor dem Zahnarztbesuch gut schlafe |
| <input type="checkbox"/> Ich mit meinen Gedanken woanders bin | <input type="checkbox"/> Ich ganz ruhig und entspannt daliege |
| <input type="checkbox"/> Ich ein wohliges Gefühl im Bauch habe | |
- Sonstiges: _____

Sind Sie schon einmal hypnotisiert worden: Ja Nein

Haben Sie schon einmal Hypnose gesehen: Ja Nein

Ich stelle mir vor, Hypnose läuft ungefähr so ab: _____

In meiner Freizeit beschäftige ich mich besonders gerne mit (z. B. Hobbys): _____

In meinem letzten Urlaub war ich in: _____

Was habe ich im letzten Urlaub oft und gerne gemacht (z. B. Strand liegen, wandern, gut essen, spazieren gehen, etc.):

