

Dr. Johannes Trägner-Born
Zahnarzt – Oralchirurgie

Rumfordstraße 21a

80469 München

Tel: 089/295269

Fax: 089/2289373

Email: praxis@traegner-born.de

Internet: praxis.traegner-born.de

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Gratulation!

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

Bitte füllen Sie deshalb die beiliegenden Fragebögen aus und bringen sie zum Termin mit. Sie werden diese Fragebögen im Laufe des Trainings und der 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

<p>Sie können diesen Fragebogen auf Ihrem Rechner abspeichern und ihn anschließend mit einem Programm zur Darstellung von PDF-Dateien (z.B. Adobe Acrobat Reader) ausfüllen. Dazu klicken Sie rechts oben auf „Formulare anzeigen“.</p>

**Dr. Johannes Trägner-Born
Zahnarzt – Oralchirurgie**

Rumfordstraße 21a

80469 München

Tel: 089/295269

Fax: 089/2289373

Email: praxis@traegner-born.de

Internet: praxis.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.	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

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

<input type="checkbox"/>	<p>Ich habe schlechte Erfahrungen gemacht, nämlich:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; margin-top: 5px;"></div> <p>Damals war ich <input style="width: 50px;" type="text"/> Jahre alt.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Erzählungen aus der Verwandtschaft (auch Freunde etc.)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; margin-top: 5px;"></div>
<input type="checkbox"/>	<p>Anderes, nämlich:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; margin-top: 5px;"></div>

2. Bitte ankreuzen:
(Mehrfachnennungen möglich)

<input type="checkbox"/>	Ich möchte beim Zahnarzt so versorgt werden, dass ich möglichst lange nicht mehr behandelt werden muss.
<input type="checkbox"/>	Ich möchte eine dauerhafte und gute Versorgung meines Gebisses, auch wenn das etwas teurer ist als die Standardversorgung der Kasse.
<input type="checkbox"/>	Ich bin bereit, alle drei Monate mein Gebiss durch einen Zahnarzt kontrollieren zu lassen, damit Zahnschäden rechtzeitig erkannt werden können.
<input type="checkbox"/>	Durch Prophylaxe-Maßnahmen (keine Kassenleistung) kann ich Zahn- und Zahnfleischschäden vermeiden. Ich möchte hier in meine Zahngesundheit investieren.
<input type="checkbox"/>	<p>Ich würde trotz Angst zur Zahnbehandlung gehen, wenn ...</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; margin-top: 5px;"></div>

Dr. Johannes Trägner-Born
Zahnarzt – Oralchirurgie

Rumfordstraße 21a
80469 München
Tel: 089/295269
Fax: 089/2289373

Email: praxis@traegner-born.de
Internet: praxis.traegner-born.de

Name:

Datum:

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	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	unbeschreiblich große Angst
	<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"/>	<input type="checkbox"/>	

3. **Hierarchischer Angstfragebogen (HAF) nach Jöhren:**

Stellen Sie sich bitte die folgende Situation 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie sitzen im Wartezimmer und warten darauf, aufgerufen zu werden. Wie fühlen Sie sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stellen Sie sich vor: Sie betreten das Behandlungszimmer und riechen den typischen Geruch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie liegen auf dem Behandlungsstuhl und der Zahnarzt betritt das Zimmer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammen schauen Sie sich die Röntgen-Aufnahmen an und besprechen, was zu tun ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie fühlen Sie sich, wenn man Ihnen erklärt, dass jetzt gleich Zahnstein entfernt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Zahnarzt erklärt Ihnen, dass Sie Karies haben und dass er diese jetzt behandeln will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er verändert die Stellung des Stuhls und bereitet eine Spritze vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stellen Sie sich vor, Sie hören das typische Geräusch des Bohrers. Wie fühlen Sie sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Zahnarzt erklärt Ihnen, dass die Karies zu tief ist und der Zahn entfernt werden muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PDS

Teil I

Viele Menschen haben irgendwann einmal 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 mit **JA** an, wenn dies der Fall war, und **NEIN**, wenn es nicht der Fall war.

	JA	NEIN	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion (z.B. Arbeitsunfall, Unfall in der Landwirtschaft, Autounfall, Flugzeug-, Zug- oder Schiffsunglück)
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Naturkatastrophe (z.B. Wirbelsturm, Orkan, Flutkatastrophe, schweres Erdbeben)
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewalttätiger Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schusswaffe bedroht werden, Stichverletzungen zugefügt bekommen)
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewalttätiger Angriff durch eine fremde Person (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schusswaffe bedroht werden, Stichverletzungen zugefügt bekommen)
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sexueller Angriff durch eine fremde Person (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt im Kriegsgebiet
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sexueller Kontakt im Alter von unter 18 Jahren mit einer Person, die mindestens fünf Jahre älter war (z.B. Kontakt mit Genitalien oder Brüsten)
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gefangenschaft (z.B. Strafgefangener, Kriegsgefangener, Geißel)
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Folter
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebensbedrohliche Krankheit
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anderes traumatisches Ereignis. Bitte beschreiben Sie dieses Ereignis: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>

Haben Sie mehrmals mit **JA** geantwortet, so geben Sie bitte hier die Nummer desjenigen Ereignisses an, das Sie am meisten belastet:

Bitte beantworten Sie die Fragen auf den folgenden Seiten für dieses **schlimmste Erlebnis**. Wenn Sie nur eines der Ereignisse mit JA angekreuzt haben, ist mit „schlimmstes Erlebnis“ dieses Ereignis gemeint. Wenn Sie keine Erlebnisse hatten, brauchen Sie keine weiteren Fragen zu beantworten.

Teil II**Wann hatten Sie dieses „schlimmste Erlebnis“?**

- 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	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... wurden Sie körperlich verletzt?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... wurde jemand anderes körperlich verletzt?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... dachten Sie, Ihr Leben sei in Gefahr?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... dachten Sie, das Leben einer anderen Person sei in Gefahr?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... fühlten Sie sich hilflos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... 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 jedes der Probleme sorgfältig durch. Wählen Sie diejenige Antwortmöglichkeit (0-3) aus, die am besten beschreibt, wie häufig Sie **im letzten Monat** (in den letzten vier Wochen bis einschließlich heute von diesem Problem betroffen waren. Die Fragen beziehen sich dabei auf Ihr „schlimmstes Erlebnis“.

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	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie belastende Gedanken oder Erinnerungen an das Erlebnis, die ungewollt auftraten und Ihnen durch den Kopf gingen, obwohl Sie nicht daran denken wollten?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie schlechte Träume oder Alpträume über das Erlebnis?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	War es, als würden Sie das Ereignis plötzlich noch einmal durchleben, oder handelten oder fühlten Sie so, als würde es wieder passieren?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Belastete es Sie, wenn Sie an das Erlebnis erinnert wurden (fühlten Sie sich z.B. ängstlich, ärgerlich, traurig, schuldig usw.)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie körperliche Reaktionen (z.B. Schweißausbruch oder Herzklopfen), wenn Sie an das Erlebnis erinnert wurden?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie sich bemüht, nicht an das Erlebnis zu denken, nicht darüber zu reden oder damit verbundene Gefühle zu unterdrücken?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie sich bemüht, Aktivitäten, Menschen oder Orte zu meiden, die Sie an das Erlebnis erinnern?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konnten / können Sie sich an einen wichtigen Bestandteil des Erlebnisses nicht erinnern?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie deutlich weniger Interesse an Aktivitäten, die vor dem Erlebnis für Sie wichtig waren, oder haben Sie diese Aktivitäten deutlich weniger unternommen?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fühlten Sie sich gegenüber Menschen in Ihrer Umgebung entfremdet oder isoliert?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fühlten Sie sich abgestumpft oder taub (z.B. Sie konnten nicht weinen oder fühlten sich unfähig, liebevolle Gefühle zu erleben)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie das Gefühl, dass sich Ihre Zukunftspläne und Hoffnungen nicht erfüllen werden (z.B. dass Sie im Beruf keinen Erfolg haben werden, nie heiraten werden, keine Kinder haben werden, kein langes Leben haben werden)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waren Sie reizbar oder hatten viele Wutausbrüche?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren (z.B. in Gedanken abschweifen während eines Gesprächs, den Faden verlieren beim Sehen einer Fernsehsendung, vergessen, was Sie gerade gelesen haben)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waren Sie übermäßig wachsam (z.B. nachprüfen, wer in der Nähe ist, sich unwohl fühlen, wenn man mit dem Rücken zur Tür sitzt)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waren Sie nervös oder schreckhaft (z.B. wenn jemand hinter Ihnen geht)?

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

- weniger als 1 Monat
- 1 bis 3 Monate
- über 3 Monate

Wann nach dem traumatischen Erlebnis traten diese Probleme auf?

- 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 nicht.

JA	NEIN	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hausarbeit und Haushaltspflichten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beziehung zu Freunden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unterhaltung und Freizeitaktivitäten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schule, Studium und Ausbildung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beziehung zu Familienmitgliedern
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erotik
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	allgemeine Lebenszufriedenheit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	allgemeine Leistungsfähigkeit in allen Lebensbereichen

Danke, dass Sie sich Zeit für diesen Fragebogen genommen haben!

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Johannes Trägner-Born