

Wie ängstlich sind Sie?

Es gibt zwei Fragebögen über Zahnbehandlungsängste, die seit vielen Jahren international verwendet werden. Hier können Sie sehen, wie es um Ihre Angst im Vergleich zu anderen Menschen steht.

Dental Anxiety Scale

Die „Dental Anxiety Scale“ (1969 von Norman Corah in den USA veröffentlicht) enthält vier Fragen mit je 5 möglichen Antwortvorgaben, die der Reihenfolge nach aufsteigend von „keine Angst“ bis „extreme Angst“ formuliert sind. Suchen Sie sich bei jeder Frage jeweils eine Antwort aus, die für Sie am ehesten zutrifft. Bei Gewichtung Ihrer Antworten z.B. bei der ersten Frage mit 1 („Ich gehe ...“), 2 (es macht mir ...“), 3 (Mir ist ...“), 4 („Ich befürchte ...“), 5 („Ich habe starke ...) ergeben sich Gesamtwerte von 4 (keine Angst) bis 20 (extreme Angst). Ein Ergebnis von 15 und darüber bedeutet, dass Sie zu den 10 – 15 Prozent der Bevölkerung gehören, die eine starke, therapiebedürftige Angst vor Zahnbehandlungen haben.

Stellen Sie sich vor, Sie müssen morgen zum Zahnarzt. Wie fühlen Sie sich jetzt?

- Ich gehe recht gern zum Zahnarzt
- Es macht mir nichts aus
- Mir ist ein wenig unbehaglich zumute
- Ich befürchte, dass es schmerzhaft und unangenehm werden könnte
- Ich habe starke Angst und bin sehr besorgt, was der Zahnarzt wohl mit mir machen wird

Stellen Sie sich vor, Sie sitzen beim Zahnarzt im Wartezimmer: Wie fühlen Sie sich?

- Entspannt
- Ein wenig unbehaglich
- Angespannt
- Ängstlich
- So ängstlich, dass ich Schweißausbrüche bekomme und mich regelrecht krank fühle

Stellen Sie sich vor, Sie sitzen beim Zahnarzt im Behandlungsstuhl. Der Zahnarzt bereitet gerade den Bohrer vor, um damit an Ihren Zähnen zu arbeiten: Wie fühlen Sie sich?

- Entspannt
- Ein wenig unbehaglich
- Angespannt
- Ängstlich
- So ängstlich, dass ich Schweißausbrüche bekomme und mich regelrecht krank fühle

Stellen Sie sich vor, Sie sitzen im Behandlungsstuhl, um den Zahnstein entfernen zu lassen. Während Sie warten, legt der Zahnarzt seine Instrumente bereit, mit denen er den Zahnstein im Zahnfleischbereich abkratzen wird: Wie fühlen Sie sich?

- Entspannt
- Ein wenig unbehaglich
- Angespannt
- Ängstlich
- So ängstlich, dass ich Schweißausbrüche bekomme und mich regelrecht krank fühle

Dental Fear Survey

Die „Dental Fear Survey“ wurde 1973 von Kleinknecht, Klepac und Alexander in den USA veröffentlicht. Hier sollen Sie bei 20 Fragen jeweils eine Antwort von 1 bis 5 aussuchen. Dies ergibt eine Skala von 20 bis 100. Ein Ergebnis von 60 und darüber bedeutet, dass Sie zu den 10 – 15 Prozent der Bevölkerung gehören, die eine starke, therapiebedürftige Angst vor Zahnbehandlungen haben. Durchschnittspatienten haben eine Ergebnis von rund 37.

Hat Angst vor zahnärztlicher Behandlung Sie schon jemals veranlasst:

| | 1 nie | 2 ein oder zweimal | 3 einige Male | 4 oft, häufig | 5 fast immer |
|----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Einen Zahnarztbesuch herauszuschieben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Einen Termin abzusagen oder nicht wahrzunehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte stufen Sie Ihre Reaktionen bei der Durchführung einer Zahnbehandlung ein:

| | 1 nicht im geringsten | 2 ein bisschen | 3 etwas | 4 viel | 5 sehr viel |
|----------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. Meine Muskeln spannen sich an | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Meine Atmung wird schneller | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich schwitze | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Mir ist übel und mein Magen tut weh | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Mein Herz schlägt schneller | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte stufen Sie ein, wie viel Angst oder unangenehme Gefühle jede der folgenden Situationen bei Ihnen auslöst:

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | gar | ein | etwas | viel | sehr |
| | keine | bisschen | | | viel |
| 8.. Eine Zahnarzttermin verabreden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Sich der Zahnarztpraxis nähern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Im Wartezimmer sitzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Sich in das Behandlungszimmer setzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Der Geruch der Praxisräume | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Wahrnehmen, wie der Zahnarzt hereinkommt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Die Betäubungsspritze sehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Den Einstich spüren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Den Bohrer sehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Den Bohrer hören | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Die Vibrationen des Bohrers spüren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Die Zähne reinigen lassen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Zusammengefasst: Wieviel Angst haben Sie vor der zahnärztlichen Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |