



LEBENSQUALITÄT ZÄHNE

Dr. Johannes Neuschütz & Team

Angstfragebogen nach Kleinknecht et al. - Dental Fear Survey (DFS)

Hat Angst vor zahnärztlicher Behandlung Sie schon jemals veranlasst:

nie	ein- oder zweimal	einige Male	oft häufig	fast immer
-----	----------------------	----------------	---------------	---------------

Einen Zahnarztbesuch herauszuschieben? _____
 Einen Termin abzusagen oder nicht
 wahrzunehmen? _____

Reaktionen bei der Durchführung einer Zahnbehandlung:

nicht im geringsten	ein bisschen	etwas	viel	sehr vi
------------------------	-----------------	-------	------	------------

Meine Muskeln spannen sich an _____
 Meine Atmung wird schneller _____
 Ich schwitze _____
 Mir ist übel und mein Magen tut weh _____
 Mein Herz schlägt schneller _____

Angst oder unangenehme Gefühle bei den folgenden Situationen:

gar keine	ein bisschen	etwas	viel	sehr v
--------------	-----------------	-------	------	-----------

Einen Zahnarzttermin verabreden _____
 Sich der Zahnarztpraxis nähern _____
 Im Wartezimmer sitzen _____
 Sich in das Behandlungszimmer setzen _____
 Der Geruch der Praxisräume _____
 Wahrnehmen, wie der Zahnarzt hereinkommt _____
 Die Betäubungsspritze sehen _____
 Den Einstich spüren _____
 Den Bohrer sehen _____
 Den Bohrer hören _____
 Die Vibrationen des Bohrers spüren _____
 Die Zähne reinigen lassen _____

Zusammen genommen:

gar keine	ein bisschen	etwas	viel	sehr v
--------------	-----------------	-------	------	-----------

Wie viel Angst haben Sie
 vor der zahnärztlichen Behandlung? _____