



# DR. BOHNE & KOLLEGEN

ZAHNHEILKUNDE  
& IMPLANTOLOGIE

## Dr. Thomas Bohne

Zahnarzt • Fachzahnarzt für  
Oralchirurgie  
Tätigkeitsschwerpunkte:  
Implantologie • Parodontologie

## Dr. Dora Bardoly-Bohne

Zahnärztin  
Tätigkeitsschwerpunkte:  
Hypnose • Kinderzahnheilkunde

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Vielen Dank für Ihren Besuch in unserer Praxis. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihren Ängsten anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne dabei.

## ANAMNESEBOGEN FÜR PATIENTEN MIT ZAHNARZTÄNGSTEN

.....  
Angst vor dem Zahnarzt habe ich etwa seit

.....  
Nicht mehr beim Zahnarzt gewesen bin ich etwa seit

<b>1. Ich habe vor allem Angst vor:</b>
<input type="checkbox"/> Schmerz
<input type="checkbox"/> Ausgeliefertsein/nichts tun zu können
<input type="checkbox"/> nicht zu wissen, was geschehen wird
<input type="checkbox"/> Spritzen
<input type="checkbox"/> Bohren
<input type="checkbox"/> Instrumenten
<input type="checkbox"/> fremden Händen im Mund
<input type="checkbox"/> unsanftem Verhalten des Zahnarztes
<input type="checkbox"/> Bohrergeräusch
<input type="checkbox"/> hektischem Arbeiten
<input type="checkbox"/> langen Behandlungen
<input type="checkbox"/> langem Warten vor der Behandlung
<input type="checkbox"/> Zahnarztgeruch
<input type="checkbox"/> Angst vor der Angst
<input type="checkbox"/> sonstiges, und zwar ...
.....
<b>2. Meine erste schlechte Erinnerung an den Zahnarzt ist:</b>
.....
.....
<b>3. Die Angst äußert sich bei mir durch:</b>
<input type="checkbox"/> Schwitzen
<input type="checkbox"/> Zittern/Zittrigkeit
<input type="checkbox"/> Unruhe
<input type="checkbox"/> Herzklopfen

<input type="checkbox"/> Schlafstörungen vor der Behandlung
<input type="checkbox"/> Neigung zu Ohnmacht
<input type="checkbox"/> Blässe im Gesicht
<input type="checkbox"/> kalte Hände und/oder Füße
<input type="checkbox"/> Vermeidung von Zahnarztbesuchen
<input type="checkbox"/> sonstiges, und zwar ...
.....
<b>4. Ich habe auch Angst, zu anderen Ärzten zu gehen:</b>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>5. Was der Zahnarzt bisher gegen meine Angst getan hat:</b>
.....
.....
<b>6. Was ich selbst bisher gegen die Angst getan habe:</b>
.....
.....
<b>7. Haben auch andere Familienmitglieder, Ehepartner, Freunde, Bekannte Angst vor dem Zahnarzt?</b>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wer? .....
<b>8. Damit ich mich während einer Zahnbehandlung möglichst sicher und gut aufgehoben fühlen kann, ist es mir besonders wichtig, dass der Zahnarzt:</b>
<input type="checkbox"/> mir genau erklärt, was mit meinen Zähnen los ist, und wie die Behandlung abläuft
<input type="checkbox"/> mir genau erklärt, was er tut, bevor er es tut
<input type="checkbox"/> sich Zeit nimmt

