

Gemeinschaftspraxis  
Dr. Schultz und Th. Pflüger  
Lindenstraße 66  
72810 Gomaringen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
einer unserer Tätigkeitsschwerpunkte ist die Behandlung von Menschen mit Angst vor der  
zahnärztlichen Behandlung (Oralophobie). Dazu benötigen wir Ihre Unterstützung. Bitte füllen Sie  
den nachfolgenden Fragebogen aus. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt!

Datum:..... Geschlecht:..... Alter:.....

1. Angstskala; Bitte nennen Sie die Zahl, die ungefähr der Angst entspricht, die Sie vor der zahnärztlichen  
Behandlung haben:

Geringe Angst ----->unbeschreiblich  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 große Angst

2. Fragen:

a) Ich bin seit ..... Jahren nicht mehr beim Zahnarzt in Behandlung gewesen.

b) Ich habe Angst vor der zahnärztlichen Behandlung, weil: (bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

- Ich habe schlechte Erfahrungen gemacht, nämlich:

Damals war ich ca, ..... Jahre alt.

- Erzählungen von Verwandten/Freunden usw.

- Anderes, nämlich:

3. Angstliste: an erster Stelle schreiben Sie bitte, vor welcher Maßnahme Sie die größte Angst haben, an  
zweiter Stelle die Maßnahme mit der zweitgrößten Angst usw.

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

5. ....