

Fragebogen zu psychischen und psychosomatischen Problemen mit Zahnersatz

Dr. Jan Hajtó

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

Bitte ankreuzen oder Zahl eintragen

1.	Als wie gravierend empfinden Sie Ihr(e) Zahnproblem(e)?	nicht schwerwiegend	<input type="checkbox"/>
		schwerwiegend	<input type="checkbox"/>
		sehr schwerwiegend	<input type="checkbox"/>

2.	Beeinträchtigt(en) Ihr(e) Zahnproblem(e) Ihre Leistungsfähigkeit?	nein	<input type="checkbox"/>
		ja	<input type="checkbox"/>

3.	Empfinden Sie Ihr(e) Zahnproblem(e) als ursächlich für weitere körperliche Beschwerden oder Missempfindungen?	nein	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche? - - - - - -	ja	<input type="checkbox"/>

4.	Leiden Sie unter <u>einem einzelnen</u> Problem mit den Zähnen oder der Mundhöhle oder unter <u>mehreren Problemen</u> ?	eines	<input type="checkbox"/>
	Bitte benennen Sie das Problem bzw. zählen Sie die Probleme stichpunktartig auf: - - - - - -	mehrere	<input type="checkbox"/>

5.	Seit wann besteht das Problem/bestehen die Probleme? Bemerkungen:	seit ca. ____ Tagen	<input type="checkbox"/>
		seit ca. ____ Wochen	<input type="checkbox"/>
		seit ca. ____ Monaten	<input type="checkbox"/>
		seit ca. ____ Jahren	<input type="checkbox"/>

6.	Wie viele Zahnärzte haben bisher das Problem behandelt?	Anzahl	<input type="checkbox"/>
	Welche Zahnärzte waren das? - - - - - -		

7.	Waren bestimmte Kollegen/Behandlungen erfolgreich?	nein	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche? - - - - -	ja	<input type="checkbox"/>

8.	Wurden frühere Behandlungen durch den behandelnden Zahnarzt abgebrochen?	nein	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, wann und durch wen?	ja	<input type="checkbox"/>

9.	Wurden frühere Behandlungen durch Sie abgebrochen?	nein	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, wann und bei wem?	ja	<input type="checkbox"/>

10.	Wie häufig beschäftigen Sie sich mental mit Ihren Zähnen?	mehrmals am Tag	<input type="checkbox"/>
		ca. einmal pro Tag	<input type="checkbox"/>
		ca. jeden 2. Tag	<input type="checkbox"/>
		ca. einmal pro Woche	<input type="checkbox"/>
		ca. ein- bis zweimal pro Monat	<input type="checkbox"/>
		seltener	<input type="checkbox"/>

11.	Wie viele Minuten am Tag sind Ihre Zähne auf Kontakt (Oberkiefer zu Unterkiefer)?	Minuten (ungefähr)	<input type="checkbox"/>
-----	---	--------------------	--------------------------

12.	Als wie schwer lösbar schätzen Sie Ihr(e) Problem(e) ein?	einfach	<input type="checkbox"/>
	Weshalb?	mittelschwer	<input type="checkbox"/>
		schwer	<input type="checkbox"/>
		sehr schwer	<input type="checkbox"/>
		hoffnungslos	<input type="checkbox"/>
13.	Wie groß ist Ihre Hoffnung, dass durch eine neue Behandlung die Beschwerden oder das Problem hinreichend gelindert oder beseitigt werden?	sehr gering	<input type="checkbox"/>
	Weshalb?	gering	<input type="checkbox"/>
		mittel	<input type="checkbox"/>
		groß	<input type="checkbox"/>
		sehr groß	<input type="checkbox"/>
14.	Wie seelisch ausgeglichen sind Sie im Alltag?	sehr ausgeglichen	<input type="checkbox"/>
	Weshalb?	ausgeglichen	<input type="checkbox"/>
		mäßig ausgeglichen	<input type="checkbox"/>
		nicht ausgeglichen	<input type="checkbox"/>
15.	Wie viel Stress haben Sie im Alltag zu bewältigen?	sehr viel Stress	<input type="checkbox"/>
	Weshalb?	viel Stress	<input type="checkbox"/>
		normal Stress	<input type="checkbox"/>
		wenig Stress	<input type="checkbox"/>
		gar kein Stress	<input type="checkbox"/>
16.	Belasten Sie Ihr(e) Zahnproblem(e) psychisch?	nein	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, wie?	ja	<input type="checkbox"/>

17.	Haben Sie weitere (nicht durch die Zähne ausgelöste) besondere psychische Belastungen zu bewältigen?	nein	<input type="checkbox"/>
	Was belastet Sie derzeit in Ihrem Leben am meisten?	ja	<input type="checkbox"/>

18.	Haben Sie eigene Vorstellungen davon, wie der Zahnarzt Ihr(e) Problem(e) richtig behandeln sollte?	nein	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, wie?	ja	<input type="checkbox"/>

19.	Machen Sie sich Sorgen über Ihre Gesundheit?	nein	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche?	ja	<input type="checkbox"/>

20.	Wie dringend sollte mit der Behandlung begonnen werden?	sofort	<input type="checkbox"/>
		bald	<input type="checkbox"/>
		nicht dringend	<input type="checkbox"/>

21.	Wie wichtig ist es Ihnen, dass das Aussehen des Zahnersatzes exakt Ihren eigenen Vorstellungen entspricht?	sehr wichtig	<input type="checkbox"/>
		wichtig	<input type="checkbox"/>
		mittel	<input type="checkbox"/>
		wenig wichtig	<input type="checkbox"/>
		ganz unwichtig	<input type="checkbox"/>

22.	Leiden Sie unter Missempfindungen der Zunge, Wangen, Lippen, mit Ihren Zähnen oder Zahnersatz?	nein	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche?	ja	<input type="checkbox"/>

23.	Leiden Sie unter Problemen der Aussprache, des Luftstroms, des Mundgefühls oder Ähnlichem mit Ihren Zähnen oder Zahnersatz?	nein	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche?	ja	<input type="checkbox"/>

24.	Leiden Sie unter Geschmacksveränderungen, Mundbrennen oder anderen Problemen in der Mundhöhle?	nein	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche?	ja	<input type="checkbox"/>

25.	Wie kritisch sind Sie gegenüber den Aussagen von Zahnärzten allgemein?	gar nicht kritisch	<input type="checkbox"/>
		wenig kritisch	<input type="checkbox"/>
		mittel	<input type="checkbox"/>
		kritisch	<input type="checkbox"/>
		sehr kritisch	<input type="checkbox"/>

26.	Wie wichtig ist es Ihnen, dass die Aussagen der Zahnärzte dem entsprechen, was Sie gerne hören würden oder selbst wissen?	gar nicht wichtig	<input type="checkbox"/>
		wenig wichtig	<input type="checkbox"/>
		mittel	<input type="checkbox"/>
		wichtig	<input type="checkbox"/>
		sehr wichtig	<input type="checkbox"/>

27.	Wie ausführlich haben Sie sich über Ihre Probleme selbst informiert, z.B. im Internet oder Fachartikeln? Wenn ja, wo?	überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>
		ein wenig	<input type="checkbox"/>
		mittel	<input type="checkbox"/>
		ausführlich	<input type="checkbox"/>
		sehr ausführlich	<input type="checkbox"/>

28.	Sind Sie beim Zahnarzt Angstpatient(in)?	nein	<input type="checkbox"/>
		ja	<input type="checkbox"/>

29.	Leiden Sie unter allgemeinen Ängsten (z.B. Flugangst, Platzangst, Angstzustände oder Ähnlichem)?	nein	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche?	ja	<input type="checkbox"/>

30.	Hatten Sie <u>in den letzten 4 Wochen</u> eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	nein	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, ist das früher bereits einmal vorgekommen?	Ja	<input type="checkbox"/>
31.	Wie oft fühlten Sie sich <u>in den letzten 4 Wochen</u> durch folgende Beschwerden beeinträchtigt:	überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>
	- Nervosität	an einzelnen Tagen	<input type="checkbox"/>
	- Ängstlichkeit - Anspannung - übermäßige Besorgnis	an mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/>
32.	Wie oft fühlten Sie sich <u>in den letzten 4 Wochen</u> durch folgende Beschwerden beeinträchtigt:	überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>
	- leichte Ermüdbarkeit	an einzelnen Tagen	<input type="checkbox"/>
	- Gefühl der Unruhe, sodass Stillsitzen schwerfällt - Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen	an mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/>
33.	Wie oft fühlten Sie sich <u>in den letzten 4 Wochen</u> durch folgende Beschwerden beeinträchtigt:	überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>
	- Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren (z.B. beim Lesen oder Fernsehen)	an einzelnen Tagen	<input type="checkbox"/>
	- leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit	an mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/>
34.	Haben Sie eine Essstörung?	nein	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, in welcher Form?	ja	<input type="checkbox"/>
35.	Haben Sie ein Alkoholproblem?	nein	<input type="checkbox"/>
		ja	<input type="checkbox"/>
36.	Leiden Sie unter Depressionen?	nein	<input type="checkbox"/>
		ja	<input type="checkbox"/>
37.	Nehmen Sie Medikamente gegen Angst, Depressionen oder Stress?	nein	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche?	ja	<input type="checkbox"/>

38.	Besteht oder bestand bei Ihnen eine Zwangserkrankung?	nein	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche?	ja	<input type="checkbox"/>

39.	Wurde bei Ihnen jemals eine psychische Erkrankung diagnostiziert?	nein	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche?	ja	<input type="checkbox"/>

40.	Leiden Sie unter Einsamkeit?	nein	<input type="checkbox"/>
		ja	<input type="checkbox"/>

41.	Leiden Sie unter finanziellen Sorgen?	nein	<input type="checkbox"/>
		ja	<input type="checkbox"/>

42.	Sind Sie mit Ihrem allgemeinen Aussehen/Ihrem Körper zufrieden?	nein	<input type="checkbox"/>
		ja	<input type="checkbox"/>

43.	Haben Sie sich Schönheitsoperationen unterzogen?	nein	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche? - - -	ja	<input type="checkbox"/>

44.	Zu Frage 43: Wenn ja, sind Sie mit dem Ergebnis/den Ergebnissen zufrieden?	nein	<input type="checkbox"/>
		ja	<input type="checkbox"/>

45.	Wie wichtig ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne?	wenig wichtig	<input type="checkbox"/>
		wichtig	<input type="checkbox"/>
		sehr wichtig	<input type="checkbox"/>