



Behandling av tandvårdsfobi

Detta formulär är riktat till dig som önskar anmäla intresse för eventuellt deltagande i behandling för tandvårdsfobi vid Region Örebro län. Börja med att besvara frågor i detta formulär.

Dina kontaktuppgifter

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Postnummer och ort: _____

Telefon: _____

Frågor

1. Ungefär hur länge sedan var det du senast var hos en tandläkare?

2. Hur länge sedan var det du var hos en tandläkare och blev färdigbehandlad?

3. Har du fått tandvårdsbehandling under narkos eller lugnande? I så fall när?

4. Är du patient på en tandläkarmottagning, ange vilken?

5. Vad beror det på att du inte går till tandläkaren?
(stryk under det alternativ som stämmer bäst för dig)

- Jag är rädd
 - Jag tycker det är obehagligt
 - Jag får ångest
 - Jag avskyr när någon "rotar" i min mun
 - Jag kan inte sitta still
 - Hela situationen gör mig "tokig"
 - Något som passar bättre på din orsak, skriv detta här?
-

6. Har du några sjukdomar som du behandlas för?

7. Har du psykiska problem?

8. Har du blivit behandlad för dessa inom psykiatrin?

9. Har du några andra fobier (till exempel höjdfobi)?

Skicka formulär

När du har fyllt i formuläret skickar du det till:

Utvecklingsenheten för psykoterapi och psykologisk behandling

Drottninggatan 38

702 22 Örebro