

**Kurzcheckliste für Patienten**

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.

1. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Gar nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut, Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Fragen zum Thema „Angst“	Nein	Ja
a. Hatten Sie in den letzten vier Wochen eine Angstatacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 3!</b>		
b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf, d. h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Litten Sie während Ihres letzten schlimmen Angstanfalls unter Kurzatmigkeit, Schwitzen, Herzrasen oder –klopfen, Schwindel oder dem Gefühl, der Ohnmacht nahe zu sein, Kribbeln oder Taubheitsgefühlen, Übelkeit oder Magenbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wenn eines oder mehrere der in Frage 1 und/oder 2 beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln, oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:	Überhaupt nicht erschwert	Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Gab es in Ihrem Leben jemals ein Ereignis, das so beängstigend, schrecklich oder erschütternd war, dass Sie innerhalb der letzten 30 Tage ...**

a. Alpträume von dem Erlebnis hatten oder daran denken mussten, obwohl Sie es nicht wollten?

Nein  Ja

b. angestrengt versucht haben, nicht daran zu denken oder sich besondere Mühe gegeben haben, um Situationen zu vermeiden, die Sie an dieses Erlebnis erinnern?

Nein  Ja

c. ständig auf der Hut, wachsam oder leicht zu erschrecken waren?

Nein  Ja

d. sich taub oder von anderen Menschen, Aktivitäten oder Ihrer Umwelt abgeschnitten gefühlt haben?

Nein  Ja

**5. Bitte kreuzen Sie an, in wie weit Sie die unten genannten körperlichen Symptome oder Körperempfindungen im letzten Jahr erlebt haben.**

Hierbei entsprechen die Zahlen 1-5 den folgenden Zuordnungen:

- 1 = dies erlebe ich **überhaupt nicht**
- 2 = dies erlebe ich **manchmal**
- 3 = dies erlebe ich **öfters**
- 4 = dies erlebe ich **ziemlich häufig**
- 5 = dies erlebe ich **sehr häufig**

**Wenn Sie ein körperliches Symptom erleben, geben Sie bitte zusätzlich mit „Ja“ oder „Nein“ an, ob ein Arzt/eine Ärztin dieses Symptom auf eine körperliche Krankheit zurückgeführt hat. Bei „Ja“ schreiben Sie bitte hinter „nämlich“ die körperliche Ursache auf (falls bekannt).**

	Manchmal...	Ausmaß, in dem Sie das Symptom erleben					Ist eine körperliche Ursache dafür bekannt?	
a.	ist das Urinieren schmerzhaft.	1	2	3	4	5	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , nämlich _____
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	ist mein Körper oder ein Teil meines Körpers Schmerzen gegenüber unempfindlich.	1	2	3	4	5	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , nämlich _____
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	sehen die Dinge in meiner Umgebung anders aus als normalerweise (z. B. so als würde ich sie durch einen Tunnel sehen oder so als sehe ich nur einen Teil davon).	1	2	3	4	5	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , nämlich _____
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	fühlt es sich so an als ob mein Körper oder ein Teil meines Körpers verschwunden wäre.	1	2	3	4	5	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , nämlich _____
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e.	kann ich nicht (oder nur mit großer Anstrengung) sprechen, oder überhaupt nur flüstern.	1	2	3	4	5	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , nämlich _____
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**