

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

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.

Name: _____ Alter: _____ Geschlecht: weiblich männlich Datum: _____

| 1. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? | Nicht beeinträchtigt | Wenig beeinträchtigt | Stark beeinträchtigt |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Schmerzen im Brustbereich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Schwindel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Herzklopfen oder Herzrasen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 2. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? | Überhaupt 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 oder 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"/> |

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

3. Fragen zum Thema „Angst“.

| | NEIN | JA |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Hatten Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 5 | | |
| 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"/> |

4. Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.

| | NEIN | JA |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Bekamen Sie schlecht Luft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Haben Sie geschwitzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Spürten Sie ein Kribbeln, oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Zitterten oder bebten Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

| | Überhaupt nicht | An einzelnen Tagen | An mehr als der Hälfte der Tage | Beinahe jeden Tag |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| a. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Schwierigkeiten zu entspannen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

6. Fragen zum Thema „Essen“.

a. Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, wie viel und was Sie essen? NEIN JA

b. Essen Sie öfter - in einem Zeitraum von 2 Stunden - Mengen, die andere Leute als ungewöhnlich groß bezeichnen würden? NEIN JA

Wenn „NEIN“ bei a oder b, gehen Sie bitte weiter zu Frage 9

c. Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen? NEIN JA

7. Haben Sie während der letzten 3 Monate öfter eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen unternommen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden?

a. Sich selbst zum Erbrechen gebracht? NEIN JA

b. Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen? NEIN JA

c. Gefastet, d.h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen? NEIN JA

d. Mehr als eine Stunde Sport getrieben mit dem ausschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, wenn Sie wie oben beschrieben (6a oder 6b) gegessen haben? NEIN JA

8. Wenn Sie bei einer oder mehrerer dieser Maßnahmen, die eine Gewichtszunahme vermeiden sollen, „JA“ angekreuzt haben, kam eine davon im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vor?

NEIN JA

9. Trinken Sie manchmal Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)?

NEIN JA

Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 11

10. Ist bei Ihnen im Laufe der letzten 6 Monate mehr als einmal eine der folgenden Situationen eingetreten?

NEIN JA

a. Sie haben Alkohol getrunken, obwohl Ihnen ein Arzt angeraten hat, aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören? NEIN JA

b. Sie haben bei der Arbeit, in der Schule, bei der Versorgung der Kinder oder bei der Wahrnehmung anderer Verpflichtungen Alkohol getrunken, waren angetrunken oder „verkatert“? NEIN JA

c. Sie sind der Arbeit, der Schule oder anderen Verpflichtungen fern geblieben oder sind zu spät gekommen, weil Sie getrunken hatten oder „verkatert“ waren? NEIN JA

d. Sie hatten Schwierigkeiten mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten? NEIN JA

e. Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Gläser Alkohol bzw. zuviel getrunken hatten? NEIN JA

11. Wenn eines oder mehrere der bisher in diesem Fragebogen 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

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

12. Wie stark fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen durch die folgenden Probleme beeinträchtigt?

| | Nicht be- einträchtigt | Wenig be- einträchtigt | Stark be- einträchtigt |
|--|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| a. Sorgen über Ihre Gesundheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ihr Gewicht oder Ihr Aussehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Wenig oder kein sexuelles Verlangen oder Vergnügen beim Geschlechtsverkehr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Schwierigkeiten mit dem Ehepartner, Lebensgefährten, Freundin/Freund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Belastung durch die Versorgung von Kindern, Eltern oder anderen Familienangehörigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Stress bei der Arbeit oder in der Schule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Finanzielle Probleme oder Sorgen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Niemanden zu haben, mit dem man Probleme besprechen kann | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Etwas Schlimmes, das vor kurzem passiert ist | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Gedanken an schreckliche Ereignisse von <u>früher</u> oder Träume darüber – z.B. die Zerstörung des eigenen Heimes, ein schwerer Unfall, ein Überfall, körperliche Gewalt oder eine sexuelle Handlung unter Zwang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. Sind Sie im letzten Jahr geschlagen, getreten oder anderweitig von jemandem körperlich verletzt worden, oder hat Sie jemand zu einer ungewünschten sexuellen Handlung gezwungen?

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| NEIN | JA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. Was belastet Sie zur Zeit in Ihrem Leben am meisten? _____

15. Nehmen Sie Medikamente gegen Angst, Depressionen oder Stress?

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| NEIN | JA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |