

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte beantworten Sie einige Fragen zu möglichen Beschwerden, die Sie zu uns führen. Beziehen Sie sich dabei bitte auf den Zeitraum der **letzten Woche**. Bitte kreuzen Sie für jede Frage die entsprechende Ausprägung an.

Name, Vorname: _____

0 = trifft nicht zu 1= trifft manchmal zu 2 = trifft meistens zu 3 = trifft immer zu

0 1 2 3	Ich fühle mich niedergeschlagen oder traurig.
0 1 2 3	Ich habe das Interesse oder die Freude an Aktivitäten verloren, die mir gewöhnlich Freude machen.
0 1 2 3	Mich erschöpfen Tätigkeiten des Alltags viel schneller als früher.
0 1 2 3	Ich fühle mich überdreht, voller Energie und bin fast pausenlos aktiv.
0 1 2 3	Ich habe Angstanfälle, bei denen ich ganz plötzlich in panischen Schrecken gerate und starke Angst habe.
0 1 2 3	Ich habe Angst, allein das Haus zu verlassen, in einer Menschenmenge oder einem engen Raum zu sein oder öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen.
0 1 2 3	Ich habe Angst / es ist mir sehr unangenehm, in Gegenwart anderer Menschen zu sprechen, zu essen oder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen.
0 1 2 3	Ich habe Angst vor einer speziellen Situation, wie z.B. zu Fliegen, Blut zu sehen, vor Höhe oder vor bestimmten Tieren.
0 1 2 3	Ich leide unter wiederkehrenden Gedanken, die mich in starke Unruhe versetzen (z.B. sexuelle oder aggressive Inhalte).
0 1 2 3	Ich muss bestimmte Dinge immer und immer wieder tun, wie z.B. mir immer wieder die Hände waschen, Dinge ordnen oder Dinge mehrmals kontrollieren.
0 1 2 3	Ich bin nervös und ängstlich und mache mir viele Sorgen über verschiedene Themen.
0 1 2 3	Ich empfinde mich als zu dick und habe Angst vor Gewichtszunahmen. Deshalb halte ich strikte Diät.
0 1 2 3	Ich habe Essanfälle, bei denen ich das Gefühl habe, die Kontrolle zu verlieren.
0 1 2 3	Um nicht zuzunehmen führe ich absichtlich Erbrechen herbei oder mache viel Sport.
0 1 2 3	Ich leide unter häufigen oder chronischen Schmerzen.
0 1 2 3	Ich habe körperliche Beschwerden, die mich beeinträchtigen oder mir Sorgen machen, und für die es keine ausreichende medizinische Erklärung gibt.
0 1 2 3	Ich habe starke Angst an einer schweren oder unheilbaren Erkrankung zu leiden und kann mich davon kaum ablenken.
0 1 2 3	Es kommt mir vor, als ob andere Leute mich verfolgen, es auf mich abgesehen haben oder es eine Verschwörung gegen mich gibt.
0 1 2 3	Ich höre oder sehe Dinge, von denen andere sagen, dass dies nicht real ist.
0 1 2 3	Ich bin dem Verlangen nach einer Substanz (z.B. Alkohol oder Drogen) oder einer Verhaltensweise (z.B. Glücksspiel, Videospiele, Pornokonsum) ausgeliefert.
0 1 2 3	Ich habe etwas Schreckliches erlebt, das mich in Träumen und Erinnerungen quält, die mich überfluten (z.B. Unfall, sexueller Übergriff, Gewalterfahrung).
0 1 2 3	Ich habe Schlafstörungen.
0 1 2 3	Mein Appetit ist geringer / stärker, als ich es von mir gewohnt bin, oder habe an Gewicht zugenommen / abgenommen.
0 1 2 3	Ich kann mich schlecht konzentrieren.
0 1 2 3	Mein Interesse an sexuellen Aktivitäten hat abgenommen.
0 1 2 3	Ich verletze mich selbst (ritzen, schneiden, verbrennen, o.ä.).
0 1 2 3	Ich denke daran, nicht mehr leben zu wollen.
0 1 2 3	Ich mache konkrete Pläne, mir das Leben zu nehmen.