

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

12

Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

Nicht beeinträchtigt

Wenig beeinträchtigt

Stark beeinträchtigt

a.

Sorgen über Ihre Gesundheit

☐

☐

☐

b.

Sorgen über Ihr Gewicht oder Ihr Aussehen

☐

☐

☐

c.

Wenig oder kein sexuelles Verlangen oder Vergnügen beim Geschlechtsverkehr

☐

☐

☐

d.

Schwierigkeiten mit dem Ehepartner, Lebensgefährten, Freundin/Freund

☐

☐

☐

e.

Belastung durch die Versorgung von Kindern, Eltern oder anderen Familienangehörigen

☐

☐

☐

f.

Stress bei der Arbeit oder in der Schule

☐

☐

☐

g.

Finanzielle Probleme oder Sorgen

☐

☐

☐

h.

Niemanden zu haben, mit dem man Probleme besprechen kann

☐

☐

☐

i.

Etwas Schlimmes, das vor kurzem passiert ist

☐

☐

☐

j.

Gedanken an schreckliche Ereignisse von früher oder Träume darüber – z. B. die Zerstörung des eigenen Heimes, ein schwerer Unfall, körperliche Gewalt oder eine sexuelle Handlung unter Zwang

☐

☐

☐

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

☐

☐

14

Was belastet Sie zur Zeit in Ihrem Leben am meisten?

NEIN

JA

☐

☐

15

Nehmen Sie Medikamente gegen Angst, Depressionen oder Stress?

NEIN

JA

☐

☐

16

Nur für Frauen: Fragen zum Thema Monatsblutung, Schwangerschaft und Geburt

a.

Wodurch wird Ihre Monatsblutung am besten beschrieben?

Monatsblutung ist unverändert

Keine Monatsblutung aufgrund von Schwangerschaft oder kürzlicher Geburt

Monatsblutung ist unregelmäßig geworden bzw. Dauer, Abstand oder Stärke haben sich verändert

Keine Monatsblutung seit mindestens einem Jahr

Monatsblutung bei Hormontherapie (Einnahme von Östrogenen) oder Verhütung durch die Pille

☐

☐

☐

☐

☐

b.

Haben Sie in der Woche vor dem Beginn Ihrer Monatsblutung ausgeprägte Probleme mit Ihrer Stimmung – z. B. Depressionen, Angst, Reizbarkeit, Aggressivität oder Stimmungsschwankungen?

NEIN (oder trifft nicht zu)

JA

☐

☐

c.

Wenn „JA“: Verschwinden diese Probleme am Ende Ihrer Monatsblutung wieder?

☐

☐

d.

Haben Sie während der letzten 6 Monate ein Kind geboren?

☐

☐

e.

Hatten Sie während der letzten 6 Monate eine Fehlgeburt?

☐

☐

f.

Haben Sie Schwierigkeiten, schwanger zu werden?

☐

☐

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 letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

Nicht beeinträchtigt

Wenig beeinträchtigt

Stark beeinträchtigt

a.

Bauchschmerzen

☐

☐

☐

b.

Rückenschmerzen

☐

☐

☐

c.

Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)

☐

☐

☐

d.

Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation

☐

☐

☐

e.

Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr

☐

☐

☐

f.

Kopfschmerzen

☐

☐

☐

g.

Schmerzen im Brustbereich

☐

☐

☐

h.

Schwindel

☐

☐

☐

i.

Ohnmachtsanfälle

☐

☐

☐

j.

Herzklopfen oder Herzrasen

☐

☐

☐

k.

Kurzatmigkeit

☐

☐

☐

l.

Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall

☐

☐

☐

m.

Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden

☐

☐

☐

2

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.

Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten

☐

☐

☐

☐

b.

Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit

☐

☐

☐

☐

c.

Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf

☐

☐

☐

☐

d.

Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben

☐

☐

☐

☐

e.

Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen

☐

☐

☐

☐

f.

Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben

☐

☐

☐

☐

g.

Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen

☐

☐

☐

☐

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?

☐

☐

☐

☐

i.

Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten

☐

☐

☐

☐

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

3

Fragen zum Thema „Angst“

NEIN

JA

a.

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstatacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?

☐

☐

Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 5.

b.

Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?

☐

☐

c.

Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf – d. h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?

☐

☐

d.

Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?

☐

☐

4

Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.

NEIN

JA

a.

Bekamen Sie schlecht Luft?

☐

☐

b.

Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?

☐

☐

c.

Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?

☐

☐

d.

Haben Sie geschwitzt?

☐

☐

e.

Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?

☐

☐

f.

Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?

☐

☐

g.

Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?

☐

☐

h.

Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?

☐

☐

i.

Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?

☐

☐

j.

Zitterten oder bebten Sie?

☐

☐

k.

Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?

☐

☐

5

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

Überhaupt nicht

An einzelnen Tagen

An mehr als der Hälfte der Tage

a.

Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis

☐

☐

☐

Wenn „Überhaupt nicht“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 6.

b.

Gefühle der Unruhe, sodass Stillsitzen schwer fällt

☐

☐

☐

c.

Leichte Ermüdbarkeit

☐

☐

☐

d.

Muskelverspannungen, Muskelschmerzen

☐

☐

☐

e.

Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen

☐

☐

☐

f.

Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Lesen oder beim Fernsehen

☐

☐

☐

g.

Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit

☐

☐

☐

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

6

Fragen zum Thema „Essen“

NEIN

JA

a.

Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, wie viel und was Sie essen?

☐

☐

b.

Essen Sie öfter – in einem Zeitraum von 2 Stunden – Mengen, die andere Leute als ungewöhnlich groß bezeichnen würden?

☐

☐

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

c.

Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen?

☐

☐

7

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

NEIN

JA

a.

Sich selbst zum Erbrechen gebracht?

☐

☐

b.

Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen?

☐

☐

c.

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

☐

☐

d.

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

☐

☐

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?

☐

☐

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“?

☐

☐

c.

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

☐

☐

d.

Sie hatten Schwierigkeiten, mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten?

☐

☐

e.

Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Gläser Alkohol bzw. zu viel getrunken hatten?

☐

☐

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

☐

☐

☐

☐