

Patient/in:

Datum:

Fragen zu Ihrem Befinden

Bearbeitungshinweis:

Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0, 1, 2, oder 3 an die angeben soll, wie sehr die Aussage während der letzten Wochen auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

0 Traf gar nicht auf mich zu

1 Traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal

2 Traf in beträchtlichen Maßen auf mich zu oder ziemlich oft

3 Traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit

1. Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	0	1	2	3	S
2. Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	0	1	2	3	A
3. Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.	0	1	2	3	D
4. Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung)	0	1	2	3	A
5. Es fiel mir schwer, mich aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	0	1	2	3	D
6. Ich tendierte dazu, auf Situationen über zu reagieren.	0	1	2	3	S
7. Ich zitterte (z.B. an den Händen)	0	1	2	3	A
8. Ich fand alles anstrengend.	0	1	2	3	S
9. Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	0	1	2	3	A
10. Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	0	1	2	3	D
11. Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	0	1	2	3	S
12. Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	0	1	2	3	S
13. Ich fühle mich niedergeschlagen und traurig.	0	1	2	3	D
14. Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	0	1	2	3	S
15. Ich fühlte mich einer Panik nahe.	0	1	2	3	A
16. Ich war nicht in der Lage, mich für etwas zu begeistern.	0	1	2	3	D
17. Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	0	1	2	3	D
18. Ich fand mich ziemlich empfindlich.	0	1	2	3	S
19. Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z.B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).	0	1	2	3	A
20. Ich fand mich grundlos ängstlich.	0	1	2	3	A
21. Ich empfand das Leben sinnlos.	0	1	2	3	D

Diese Zeile bitte **nicht** ausfüllen: D:_____ A:_____ S:_____

!!! Bitte Rückseite beachten !!!

Bitte beantworten Sie die folgenden 7 Fragen!

- 1.** An ungefähr wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund Ihrer Schmerzen Ihren normalen Beschäftigungen (Beruf, Schule/Studium, Hausarbeit) nicht nachgehen?

_____ Tage

In den folgenden Fragen (2-4) geht es um die Stärke Ihrer Schmerzen. Sie können die Angaben auf einer Skala von 0-10 abstufen.

Der Wert 0 bedeutet, dass Sie keine Schmerzen haben/hatten, der Wert 10 bedeutet, dass die Schmerzen nicht schlimmer sein können. Mit den dazwischen liegenden Werten können Sie Abstufungen vornehmen.

- 2.** Wie würden Sie die Schmerzen, wie sie in diesem Augenblick sind einstufen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 3.** Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten 3 Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie Ihre stärksten Schmerzen einstufen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 4.** Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten 3 Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie die durchschnittliche Stärke der Schmerzen einstufen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

In den folgenden Fragen (5-7) geht es um die Beeinträchtigung von Aktivitäten durch Schmerzen. Sie können Ihre Angaben jeweils auf einer Skala von 0 bis 10 abstufen. Der Wert 0 bedeutet keine Beeinträchtigung, der Wert 10 bedeutet, dass Sie außerstande sind/waren, Irgendetwas zu tun. Mit den dazwischen liegenden Werten können Sie Abstufungen vornehmen.

- 5.** Inwieweit haben Ihre Schmerzen Sie in den letzten 3 Monaten bei Ihren alltäglichen Beschäftigungen beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 6.** Inwieweit haben in den letzten 3 Monaten die Schmerzen Ihre Fähigkeit, an Familien- oder Freizeitaktivitäten teilzunehmen, beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 7.** Inwieweit haben in den letzten 3 Monaten die Schmerzen Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, Ihre Arbeit/Hausarbeit zu verrichten?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Auswertung: I ____/90 II ____/100 III ____/100 Gesamt: ____