

Gesundheitsfragebogen (PHQ-SADS)

Dieser Fragebogen ist ein wichtiger Bestandteil des Therapieprozesses, um Ihnen die bestmögliche Behandlung Therapieprozess anzubieten.

Klient:		Session:	Prozess:		Datum:		
Punktzahl	PHQ-15:	GAD-7:	PHQ-6	Diag	Som.	GenAn	Depr.

A	Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten <u>4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	(0) Nicht beeinträchtigt	(1) Wenig beeinträchtigt	(2) Stark beeinträchtigt
1.	Bauchschmerzen			
2.	Rückenschmerzen			
3.	Schmerzen in den Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)			
4.	Menstruationsschmerzen oder andere Probleme bei der Menstruation			
5.	Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr			
6.	Kopfschmerzen			
7.	Schmerzen im Brustbereich			
8.	Schwindel			
9.	Ohnmachtsanfälle			
10.	Herzklopfen oder Herzrasen			
11.	Kurzatmigkeit			
12.	Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall			
13.	Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden			
14.	Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf			
15.	Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie mehr zu haben			
16.	Bauchschmerzen			
	PHQ-15 Punktzahl			

B	Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten <u>2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	(0) Überhaupt nicht	(1) An einzelnen Tagen	(2) An mehr als der Hälfte der Tage	(3) Beinahe jeden Tag
1.	Bauchschmerzen				
2.	Rückenschmerzen				
3.	Schmerzen in den Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)				
4.	Menstruationsschmerzen oder andere Probleme bei der Menstruation				
5.	Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr				
6.	Kopfschmerzen				
7.	Schmerzen im Brustbereich				
8.	Schwindel				

9.	Ohnmachtsanfälle				
10.	Herzklopfen oder Herzrasen				
11.	Kurzatmigkeit				
12.	Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall				
13.	Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden				
14.	Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf				
15.	Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie mehr zu haben				
16.	Bauchschmerzen				
	GAD-7 Punktzahl				

C	Fragen über Angstattden:	NEIN	JA
a.	Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine Attacke – also plötzliche Furcht und Panik gefühlt?		
	Wenn Sie "NEIN" angekreuzt haben, gehen Sie zu Abschnitt D		
b.	Haben Sie vorher schon einmal erlebt?		
c.	Kommen diese Attacken aus dem Nicht bzw. in Situationen, bei denen sie nicht damit rechnen sich nervös oder unbehaglich zu fühlen?		
d.	Haben Sie diese Attacken sehr aufgewühlt und haben Sie Angst vor weiteren Attacken?		
e.	Haben Sie während der letzten schlimmen Angstattden Symptome von Kurzatmigkeit, Schwitzen, Herzrasen oder Herzstolpern gehabt?		

D	Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	(0) Überhaupt nicht	(1) An einzelnen Tagen	(2) An mehr als der Hälfte der Tage	(3) Beinahe jeden Tag
1.	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit				
2.	Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf				
3.	Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie mehr zu haben				
4.	Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen				
5.	Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben				
6.	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen				
7.	Waren Ihre Bewegungen und 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?				
8.	Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten				
9.	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit				
10.	Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf				
	PHQ-9 Punktzahl				

E

Wenn Sie Probleme in diesem Fragebogen abgehakt haben, wie beeinträchtigt haben diese Probleme es für Sie gemacht, Ihre Arbeit zu erledigen, Dinge zu Hause zu erledigen oder mit anderen Menschen auszukommen?

<input type="checkbox"/> überhaupt nicht beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> etwas beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> sehr beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> extrem beeinträchtigt
--	--	---	---

BEWERTUNG: Noten von 5, 10 und 15 entsprechen den Grenzwerten für leichte, mittelschwere bzw. schwere Fälle drei Skalen (somatische Symptome, generalisierte Angstzustände, Depressionen). Ein empfohlener Abschaltpunkt für weitere Bewertung ist eine Punktzahl von 10 oder höher. Erhöhte Werte auf zwei oder mehr Skalen deuten auf Komorbidität hin. Antworten Zur Einzelfrage kann der Schwierigkeitsgrad weitere Orientierungshilfen für Behandlungsentscheidungen geben