

## Patient Health Questionnaire - PHQ-15

# Gesundheitsfragebogen für Patienten

Patientenname / Fallidentifikationsnummer (FID) / Barcode:

Erhebungszeitpunkt:

Eintritt  Austritt

Erhebungsdatum:

\_\_\_ / \_\_\_ /20\_\_\_

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen.  
**Bitte beantworten Sie jede Frage so gut Sie können.**

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