Gesundheitsfragebogen für Patientinnen und Patienten
PHQ-15, PHQ-9, GAD-7

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.**

PHQ-15

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

Für die Vervielfältigung, Übersetzung, Darstellung oder Verteilung ist keine Genehmigung erforderlich.

PHQ-9

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten Woche</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? *(Bitte kreuzen Sie die für Sie passende Antwort an)*	Überhaupt nicht 0	An einzelnen Tagen 1	An mehr als der Hälfte der Tage 2	Beinahe jeden Tag 3
1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	☐	☐	☐	☐
2. Niedergeschlagenheit, Bedrücktheit oder Hoffnungslosigkeit	☐	☐	☐	☐
3. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	☐	☐	☐	☐
4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	☐	☐	☐	☐
5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	☐	☐	☐	☐
6. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	☐	☐	☐	☐
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	☐	☐	☐	☐
8. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen aufgefallen sein könnte? Oder waren Sie im Gegenteil eher «zappelig» oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	☐	☐	☐	☐
9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	☐	☐	☐	☐

Für die Vervielfältigung, Übersetzung, Darstellung oder Verteilung ist keine Genehmigung erforderlich.

GAD-7

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten Woche</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? *(Bitte kreuzen Sie die für Sie passende Antwort an)*	Überhaupt nicht 0	An einzelnen Tagen 1	An mehr als der Hälfte der Tage 2	Beinahe jeden Tag 3
1. Gefühle der Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	☐	☐	☐	☐
2. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	☐	☐	☐	☐
3. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	☐	☐	☐	☐
4. Schwierigkeiten, sich zu entspannen	☐	☐	☐	☐
5. So rastlos sein, dass das Stillsitzen schwer fällt	☐	☐	☐	☐
6. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	☐	☐	☐	☐
7. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schreckliches passieren	☐	☐	☐	☐

Für die Vervielfältigung, Übersetzung, Darstellung oder Verteilung ist keine Genehmigung erforderlich.