

Gesundheits-Check 2004

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben im September 2003 an einer deutschlandweiten Studie zu gesundheitlichen Beschwerden teilgenommen – dafür nochmals herzlichen Dank! Im Rahmen der nun stattfindenden Nachuntersuchung bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Ihr Hausarzt führt diese Untersuchung wieder in Zusammenarbeit mit der Technischen Universität Dresden und führenden medizinischen Einrichtungen Deutschlands durch.

Mit dieser neuerlichen Befragung und Laboruntersuchung möchten wir herausfinden, wie sich Ihr Gesundheitszustand im letzten Jahr entwickelt hat. Die folgenden Fragen beziehen sich deshalb zeitlich auf Ihr momentanes Befinden und auf die vergangenen 12 Monate.

Ihre Angaben unterliegen strengen datenschutzrechtlichen Vorschriften. Die Daten sind natürlich vertraulich und werden anonym erfasst und ausgewertet. Trotzdem bitten wir Sie am Ende der Nachuntersuchung für mögliche Rückfragen um Namen und Adresse. Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen bei Ihrer Arzthelferin oder Ihrem Arzt ab.

Herzlichen Dank für Ihre erneute Teilnahme!
Professor Dr. Hans-Ulrich Wittchen
und die DETECT-Studiengruppe

Zur Person:

Ihr Geburtsdatum:
Tag Monat Jahr

Ihr Geschlecht: männlich weiblich

Sind Sie derzeit berufstätig Hausfrau sonstiges:
 arbeitslos Rentner/ Rentnerin

Ihr Familienstand ist ledig verheiratet geschieden/ verwitwet

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten aus gesundheitlichen Gründen frühberentet oder haben Sie eine Erwerbsminderung erfahren?

nein
 ja wenn ja, Grad der Erwerbsminderung %

Wenn ja, in welchem Monat erfolgte die Erwerbsminderung/ Frühberentung?

(einfach Zutreffendes ankreuzen)

Sep. 03	Okt. 03	Nov. 03	Dez. 03
Jan. 04	Feb. 04	Mär. 04	Apr. 04
Mai 04	Juni 04	Juli 04	Aug. 04
Sep. 04	Okt. 04		

Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten hier beim Arzt? mal

1. Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben.

- Beweglichkeit/ Mobilität Ich habe keine Probleme herumzugehen.
 Ich habe einige Probleme herumzugehen.
 Ich bin ans Bett gebunden.

- Für sich selbst sorgen Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen.
 Ich habe einige Probleme, für mich selbst zu sorgen.
 Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.

- Allgemeine Tätigkeiten (Arbeit, Hausarbeit ...) Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Aktivitäten nachzugehen.
 Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Aktivitäten nachzugehen.
 Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Aktivitäten nachzugehen.

- Schmerzen/ körperliche Aktivität Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden.
 Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden.
 Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden.

- Angst/ Niedergeschlagenheit Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert.
 Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert.
 Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert.

Verglichen mit meinem Gesundheitszustand vor 12 Monaten ist mein heutiger Gesundheitszustand ...

- besser im Großen und Ganzen etwa gleich schlechter

2. Wie bewerten Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand?

- Allgemein: sehr gut gut weniger gut schlecht
Psychisch/ seelisch: sehr gut gut weniger gut schlecht

3. An wie vielen Tagen (in den letzten 4 Wochen) waren Sie wegen körperlicher Leiden/ Beschwerden überhaupt nicht in der Lage, Ihren beruflichen/ bzw. anderen Alltagsaufgaben nachzugehen?

- an keinem Tag an Tagen, davon Tage krankgeschrieben

4. An wie vielen Tagen (in den letzten 4 Wochen) waren Sie wegen seelischer/ psychischer Probleme überhaupt nicht in der Lage, Ihren Alltagsaufgaben nachzugehen?

- an keinem Tag an Tagen

5. Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten bei folgenden Ärzten oder Einrichtungen?

- | | |
|--|---|
| <input type="text"/> mal beim Allgemeinarzt/ Praktischen Arzt | <input type="text"/> mal beim Urologen |
| <input type="text"/> mal beim Internisten/ Kardiologen/ Diabetologen | <input type="text"/> mal beim Augenarzt |
| <input type="text"/> mal beim Psychiater/ Neurologen | <input type="text"/> mal bei anderen Fachärzten |
| <input type="text"/> mal beim Psychologen/ Psychotherapeuten | <input type="text"/> mal beim Heilpraktiker |

6. Waren Sie in den letzten 12 Monaten stationär im Krankenhaus oder zur Kur? Wie oft und wie lange?

- gar nicht (▶ weiter mit Frage 7) mal im Krankenhaus, insgesamt Tage
 mal zur Kur, insgesamt Tage

7. Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben. Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die Ihrem Befinden in den letzten zwei Wochen am ehesten entspricht!

In den letzten 2 Wochen	an den meisten Tagen	einige Tage	nie
... haben Sie sich da die meiste Zeit des Tages traurig, niedergeschlagen oder deprimiert gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben Sie Ihr Interesse an fast allem verloren oder konnten Sie sich nicht mehr über Dinge freuen, die Ihnen sonst Freude bereitet haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben Sie sich müde, erschöpft oder ohne Energie gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben Sie Ihren Appetit verloren oder erheblich an Gewicht verloren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatten Sie Schwierigkeiten einzuschlafen, durchzuschlafen oder sind Sie zu früh aufgewacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben Sie langsamer gesprochen oder sich langsamer bewegt als gewöhnlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war Ihr sexuelles Interesse geringer oder hatten Sie gar kein sexuelles Interesse mehr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben Sie Ihr Selbstvertrauen verloren, sich wertlos oder schuldig gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren (z. B. beim Lesen oder Fernsehen) oder alltägliche Entscheidungen zu treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben Sie viel über den Tod nachgedacht oder dachten Sie daran, sich das Leben zu nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie mehr als 2 mal "an den meisten Tagen" angegeben haben, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

Wie alt waren Sie, als Sie solche Beschwerden zum ersten Mal in Ihrem Leben hatten? Jahre

Und wie oft hatten Sie solche Phasen, die mindestens 2 Wochen dauerten? mal

Wann sind diese Beschwerden in den letzten 12 Monaten aufgetreten?
Kreuzen Sie bitte den Monat bzw. die Monate an.

Sep. 03	Okt. 03	Nov. 03	Dez. 03
Jan. 04	Feb. 04	Mär. 04	Apr. 04
Mai 04	Juni 04	Juli 04	Aug. 04
Sep. 04	Okt. 04		

8. Bitte geben Sie an, inwieweit Ihre Meinung mit den folgenden Aussagen übereinstimmt.

	trifft ausgesprochen zu	trifft etwas zu	teils/teils	trifft kaum zu	trifft überhaupt nicht zu
Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich normalerweise das Beste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir leicht zu entspannen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn bei mir etwas schief laufen kann, dann tut es das auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Zukunft sehe ich immer optimistisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meinem Freundeskreis fühle ich mich wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist wichtig für mich, ständig beschäftigt zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fast nie entwickeln sich die Dinge nach meinen Vorstellungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin nicht allzu leicht aus der Fassung zu bringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich zähle selten darauf, dass mir etwas Gutes widerfährt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alles in allem erwarte ich, dass mir mehr gute als schlechte Dinge widerfahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Kennen sie in etwa Ihre Blutfettwerte (Cholesterin)?

ja nein

Sind Ihre Blutfettwerte aktuell erhöht?

ja nein weiß nicht

10. Wurden Ihre Blutfettwerte (in den letzten 12 Monaten) von einem Arzt bestimmt?

ja nein weiß nicht

Hat Ihnen in den letzten 12 Monaten ein Arzt mitgeteilt, dass Ihre Blutfettwerte erhöht sind?

ja nein weiß nicht

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten wegen erhöhter Blutfettwerte medikamentös behandelt?

ja nein

11. Hat ein Arzt bei Ihnen (in den letzten 12 Monaten) eine der folgenden Krankheiten neu festgestellt?

ja, Schlaganfall oder TIA/ PRIND (vorübergehende Lähmungen) oder verengte Halsschlagader

ja, Bluthochdruck

ja, Zuckerkrankheit (Diabetes)

ja, Depression

ja, Angsterkrankung

ja, Herzerkrankung und zwar: Angina pectoris

Vorhofflimmern

Herzklappenfehler

Herzschwäche/ -insuffizienz

Herzinfarkt

12. Hat Ihnen Ihr Arzt (in den letzten 12 Monaten) mitgeteilt, dass wegen Ihres Bluthochdrucks oder Diabetes eine oder mehrere Folgeerkrankungen und Probleme bei Ihnen aufgetreten sind?

ja, Herzerkrankungen

ja, Hirninfarkt/ -blutung (Schlaganfall)

ja, sexuelle Probleme, Impotenz

ja, Nervenbeschwerden ("brennende" Füße, etc.)

ja, Augenerkrankungen (Retinopathie)

ja, Nierenerkrankungen/ -versagen dabei Eiweiß im Urin (Mikroalbuminurie)?

ja, Durchblutungsstörungen (z.B. offene Beine)

nein ja

13. Werden Sie derzeit wegen einem oder mehreren der folgenden Probleme mit Medikamenten behandelt?

gegen zu hohen Blutdruck (Hypertonie)

gegen erhöhte Blutfettwerte (z.B. Cholesterin)

zur Senkung des Blutzuckers (Tabletten oder Insulin)

zur Blutverdünnung (z.B. bei Herzkrankheiten oder Schlaganfall)

Schmerzmedikamente (vom Arzt verschrieben)

nur für Frauen zw. 45 und 60 Jahren: gegen Wechseljahresbeschwerden

Schmerzmedikamente (rezeptfrei)

14. Wie viele Medikamente nehmen Sie derzeit pro Tag ein?

- ich nehme derzeit keine Medikamente regelmäßig ein. (▶ weiter mit Frage 15)
- ich nehme derzeit regelmäßig Medikamente und zwar:
- vormittags (Anzahl Medikamente)
 - mittags (Anzahl Medikamente)
 - abends (Anzahl Medikamente)

15. Wie oft haben Sie Probleme, die Medikamente so einzunehmen, wie sie vom Arzt verschrieben sind?

- fast nie selten oft immer

Wenn "oft" oder "immer", warum?

- Ich vergesse die Medikamente.
- Ich halte andere Maßnahmen für besser.
- Ich habe Angst vor Nebenwirkungen.
- Ich halte die regelmäßige Einnahme nicht für wichtig.
- Ich habe zu viele Nebenwirkungen.
- Ich komme bei den vielen Medikamenten durcheinander.

16. Haben Sie (in den letzten 12 Monaten) an Kursen/ Schulungen zur Veränderung Ihrer Ernährungs-, Bewegungs-, Sport- oder anderer Gewohnheiten teilgenommen? (Mehrfachnennungen möglich)

- nein (▶ weiter mit Frage 17)

	Wenn ja, wie oft in den letzten 12 Monaten?	Wie sehr hat es dauerhaft geholfen?		
		gar nicht	etwas	sehr
<input type="checkbox"/> ja, zur Ernährung	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja, zu Bewegung und Sport	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja, zur Stressreduktion	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja, Raucherentwöhnung	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja, spezielle Blutdruckschulung	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja, spezielle Diabetesschulung	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja, Selbsthilfegruppen	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Hatten Sie (in den letzten 12 Monaten) Angst- bzw. Panikattacken, bei denen Sie ganz plötzlich und unerwartet von einem Gefühl starker Angst oder Unruhe befallen wurden?

- nein (▶ weiter mit Frage 18)
- ja, wenn ja, hat Ihr Arzt dafür eine körperliche Ursache gefunden? ja nein
- Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten solche Panikattacken? mal

18. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate Schmerzen oder Unbehagen im Brustraum verspürt?

nein (▶ weiter mit Frage 19) ja

wenn ja:

Treten diese Beschwerden auf, wenn Sie in Eile sind, bergauf gehen oder sich körperlich anstrengen?

nein

ja

Treten diese Beschwerden auf, wenn Sie in normalem Tempo auf ebener Strecke gehen?

a) Was tun Sie, wenn Sie während des Gehens Schmerzen oder Unbehagen im Brustraum bekommen?

ich gehe langsamer ich bleibe stehen

ich gehe im gleichem Tempo weiter (Bei dieser Antwort: ▶ weiter mit Frage 18e)

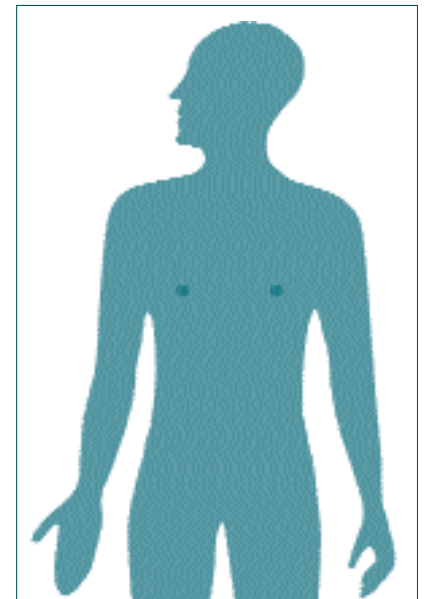
b) Verschwinden die Beschwerden, wenn Sie langsamer gehen oder stehen bleiben?

nein ja, nach weniger als 10 Minuten

ja, nach mehr als 10 Minuten

c) Wo verspüren Sie diese Schmerzen oder das Unbehagen?

Zeichnen Sie bitte unbedingt in die nebenstehende Figur ein Kreuz ein, → wo die Beschwerden aufgetreten sind.



d) Strahlen Ihre Schmerzen in den linken Arm aus?

nein ja

e) Haben Sie jemals einen starken Schmerz quer durch den Brustraum gehabt, der eine halbe Stunde oder länger dauerte?

nein ja

19. Haben Sie bei sich persönlich innerhalb der letzten 12 Monate eines oder mehrere der folgenden Warnzeichen für einen Schlaganfall wahrgenommen?

ja nein weiß nicht

vorübergehendes Lähmungs- oder Taubheitsgefühl auf einer Körperseite (Gesicht, Arm und/ oder Bein)

plötzliche, vorübergehende Sehstörung oder Doppelbilder

plötzlicher, vorübergehender Verlust der Sprechfähigkeit/ Schwierigkeiten, Gesprochenes zu verstehen

erstmalig, plötzlich und ungewöhnlich und extrem auftretender Kopfschmerz

plötzlich auftretender, lang anhaltender Drehschwindel und Gangunsicherheit

20. Wie oft haben Sie Probleme mit folgenden Dingen?

nahezu
täglich oft selten nie

Es fällt mir schwer, mich gesund und ausgewogen zu ernähren.

Ich habe Probleme meine Ernährung umzustellen, mein Gewicht zu halten bzw. abzunehmen.

Ich habe Schwierigkeiten, mit dem Rauchen aufzuhören.

Es fällt mir sehr schwer, stressige Situationen zu meistern.

Wenn ich mich über etwas aufrege, fällt es mir sehr schwer, den Ärger wieder los zu werden.

Es fällt mir schwer, mich ausreichend zu bewegen.

Ich trinke mehr Alkohol als gesundheitlich vertretbar ist.

21. Rauchen Sie zur Zeit täglich Zigaretten oder haben Sie (in den letzten 12 Monaten) täglich Zigaretten geraucht?

nein (▶ weiter mit Frage 22)

ja, ich rauche täglich etwa Zigaretten.

Ich habe innerhalb der letzten 12 Monate mit dem Rauchen aufgehört.

22. Wie oft trinken Sie Alkoholika (Bier, Wein, Likör, Spirituosen)?

nie (▶ weiter mit Frage 23)

täglich oder fast täglich (5 – 7 mal pro Woche) selten (1 – 2 mal pro Woche)

gelegentlich (3 – 4 mal pro Woche) sehr selten (1 – 2 mal pro Monat)

23. Wenn Sie trinken, was und wie viel trinken Sie dann üblicherweise?

Bier Gläser

Likör, Sherry, Portwein Gläser

Wein Gläser

Spirituosen Gläser

24. In welchem Maß sind Sie derzeit in Ihrer Freizeit körperlich aktiv (z.B. Sport, Wandern, Radfahren, Gartenarbeit)?

durchschnittlich weniger als 2 Std. pro Woche durchschnittlich 2 bis 4 Std. pro Woche

durchschnittlich mehr als 4 Std. pro Woche

25. Kam es bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate zu einem oder mehreren der folgenden Ereignisse?

ein Notarzt musste zu mir kommen mal

ich musste in die Notaufnahme mal

ich wurde ohnmächtig/ bewusstlos mal

ich hatte einen Zuckerschock mal

26. Wie sehr sind Sie mit Ihrer Behandlung in dieser Praxis zufrieden?

mit der allgemeinen Betreuung

sehr zufrieden zufrieden mittel unzufrieden sehr unzufrieden

mit der Zeit, die für Beratungen zur Verfügung steht

sehr zufrieden zufrieden mittel unzufrieden sehr unzufrieden

mit der Wartezeit in der Praxis

sehr zufrieden zufrieden mittel unzufrieden sehr unzufrieden

mit dem Umgang des Arztes mit meinen gesundheitlichen Problemen

sehr zufrieden zufrieden mittel unzufrieden sehr unzufrieden

mit der Informationsvermittlung durch den Arzt

sehr zufrieden zufrieden mittel unzufrieden sehr unzufrieden



Dürfen wir Sie bei Rückfragen noch einmal kontaktieren? Wenn ja, geben Sie bitte Ihren Namen und Adresse sowie Ihre Telefonnummer an. Diese Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Vielen Dank!

Name: Straße:

Vorname: PLZ: | | | | | Ort:

Telefonnummer: /

(Vorwahl)

(Rufnummer)

Teil II

Das Befinden eines Patienten spielt eine große Rolle für die angemessene Behandlung. Dieses wird jedoch in medizinischen Studien wie auch in der Praxis oft noch zu wenig beachtet. In diesem zweiten Teil des Gesundheitschecks finden Sie einen ausführlichen Fragebogen zu diesem Bereich, der neben verschiedenen Problemen und Beschwerden auch das soziale Umfeld berücksichtigt. Bei einzelnen Fragen kann es zu leichten Überschneidungen mit Fragen des ersten Teils kommen, die aus technischen Gründen nicht zu vermeiden waren.

Ihre Beantwortung hilft uns dabei, die Problemlagen von Patienten mit einem umfassenden und gut verständlichen Fragebogen erfassen und berücksichtigen zu können.

Sie würden uns sehr helfen, wenn Sie auch diesen zweiten Teil des Fragebogens ausfüllen.

A **Nachstehend finden Sie eine Liste von Problemen und Beschwerden.**

Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten zwei Wochen durch diese Beschwerden gestört oder belastet worden sind.

Wie sehr litt Sie in den letzten zwei Wochen unter ...?

nicht wenig mittel ziemlich sehr

1	Angst oder Furcht, alleine aus dem Haus zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Angst oder Furcht, sich in größere Menschenmengen zu begeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Müdigkeit oder dem Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Schuldgefühlen oder Selbstvorwürfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Bauchschmerzen oder Verdauungsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder Ihr Leben beenden möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	dem Gefühl, einsam zu sein, auch wenn Sie in Gesellschaft sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	fehlendem Interesse und geringer Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Angst oder Furcht vor offenen Plätzen oder auf die Straße zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	einem Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Angst oder Furcht, in der Öffentlichkeit bewusstlos zu werden oder einen Herzanfall zu bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Brustschmerzen oder Druckgefühl in der Herzgegend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, sich zu etwas aufzuraffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	einem Gefühl von Schwere in den Armen und Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Schmerzen in Muskeln oder Gelenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren (z.B. beim Lesen einer Zeitung oder beim Fernsehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Kopfschmerzen oder Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Angst oder Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Angst oder Furcht vor geschlossenen Räumen (z.B. Fahrstuhl, Tunnel, Kino)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B **Nachstehend finden Sie eine Liste von Problemen und Schwierigkeiten, die man im Kontakt mit anderen Menschen haben kann.**
Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten zwei Wochen durch diese Probleme im Kontakt mit anderen Menschen (Angehörigen, Freunden, fremden Personen, etc.) belastet worden sind.

Wie sehr litten Sie in den letzten zwei Wochen ...?

nicht wenig mittel ziemlich sehr

1	unter Schwierigkeiten, eine fremde Person anzusprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	unter Schwierigkeiten, jemandem zu sagen, dass Sie ihn mögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	darunter, dass Sie die Bedürfnisse anderer zu sehr über Ihre eigenen stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	unter Schwierigkeiten, anderen Menschen Ihre Gefühle zu zeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	unter der mangelnden Fähigkeit, anderen gegenüber bestimmt aufzutreten, wenn es die Lage erfordert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	unter Schwierigkeiten, Ihre wichtigen Anliegen anderen gegenüber durchzusetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	unter Schwierigkeiten, andere wissen zu lassen, dass Sie wütend sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	unter Schwierigkeiten, jemandem zu sagen, dass er Sie nicht weiter belästigen soll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	darunter, dass es Ihnen schwer fällt, anderen Menschen zu vertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	darunter, dass Sie sich zu sehr von anderen ausnutzen lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	unter der Angst, etwas Falsches zu sagen oder zu tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	darunter, dass Sie nach Kritik an Ihrer Tätigkeit oder Arbeit weniger zustande bringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	unter Schwierigkeiten, bestehende Bekanntschaften oder Freundschaften aufrecht zu erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C **Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, mit denen man beschreiben kann, wie man sich fühlt.**
Bitte geben Sie an, wie oft Sie sich in den letzten zwei Wochen so gefühlt haben!

nie selten gelegentlich oft immer

1	Ich fühle mich gelöst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich bin ruhig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich fühle mich wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich bin entspannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ich fühle mich ausgeruht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ich kann mich freuen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ich kann genießen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D Im Folgenden finden Sie Aussagen, die sich darauf beziehen, inwieweit Sie sich trotz Ihrer körperlichen oder seelischen Beschwerden in der Lage fühlen, Ihre Aufgaben zu erledigen, mit Belastungen umzugehen oder Dinge zu tun, die Ihnen wichtig sind. Bitte geben Sie für die letzten zwei Wochen an, wie sehr die jeweilige Aussage für Sie zutrifft.

Trotz meiner Beschwerden bin ich in der Lage, ...

stimmt nicht stimmt wenig stimmt mittelmäßig stimmt ziemlich stimmt sehr

1	... die meisten meiner Aufgaben im Haushalt zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	... mich aus einem Stimmungstief wieder herauszuholen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	... mit meinen Schwierigkeiten und Problemen gut umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	... meine persönlichen Ziele, die ich mir setze, zu erreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	... schwierige Probleme zu lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	... viele Dinge zu tun, die mir Spaß machen (z.B. meine Hobbys, Freizeitaktivitäten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	... meiner Arbeit nachzugehen (z.B. Hausarbeit, bezahlte und unbezahlte Arbeit).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	... meine Kontakte zu Freunden und Bekannten für mich sinnvoll zu gestalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	... von meinen alltäglichen Belastungen abzuschalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	... meinen normalen Lebensstil aufrechtzuerhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	... mir neue Fertigkeiten und Kompetenzen anzueignen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	... mich mit anderen Menschen auseinander zu setzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Gesundheit und Ihre Zufriedenheit.

1 Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in den letzten beiden Wochen im Allgemeinen beschreiben?

sehr gut gut mittel schlecht sehr schlecht

2 Wie stark waren insgesamt Ihre körperlichen Beschwerden in den letzten beiden Wochen?

nicht vorhanden wenig mittel stark sehr stark

3 Wie stark waren insgesamt Ihre psychischen Beschwerden in den letzten beiden Wochen?

nicht vorhanden wenig mittel stark sehr stark

4 Wenn Sie Ihre gesamte Situation betrachten: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Leben?

sehr zufrieden zufrieden mittel unzufrieden sehr unzufrieden

F Die folgenden Fragen beziehen sich auf Beeinträchtigungen oder Belastungen in Beruf, Haushalt, Freizeit oder sozialen Beziehungen aufgrund seelischer oder körperlicher Beschwerden (in den letzten zwei Wochen).

Wie oft hatten Sie irgendwelche Schwierigkeiten bei der **Arbeit** oder anderen **alltäglichen Tätigkeiten und Aufgaben**?

nie selten gelegentlich oft immer

- | | | | | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Ich habe weniger geschafft als ich wollte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wie sehr waren Ihre normalen **Kontakte**

nicht wenig mittel ziemlich sehr

- | | | | | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Wie stark waren Sie darin beeinträchtigt , sich selbst zu versorgen (z.B. Einkaufen, Waschen, Kochen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wie oft waren Sie in Ihrer **Freizeit beeinträchtigt**?

nie selten gelegentlich oft immer

- | | | | | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Ich konnte nicht so lange wie gewohnt meinen Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Ich konnte nicht meinen gewohnten Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Ich war unzufrieden mit meinen Freizeitbeschäftigungen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

G Manchmal ist das Verhalten der anderen sehr hilfreich, manchmal weniger, manchmal ist es auch belastend. Bitte geben Sie an, wie häufig von den Menschen, die Ihnen nahe stehen, jemand ...

nie selten gelegentlich oft immer

- | | | | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | es schwierig findet, zu verstehen, wie Sie sich fühlen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Ihnen das Gefühl gibt, dass ihm/ ihr etwas an Ihnen liegt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Ihre Schwierigkeiten und Probleme herunter spielt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | für Sie da ist, wenn Sie ihn/ sie brauchen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | sich unbehaglich zu fühlen scheint, wenn er/ sie mit Ihnen über Ihre Probleme spricht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | wichtige Entscheidungen mit Ihnen bespricht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | mehr von Ihnen erwartet, als Sie leisten können. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Sie aufmuntert oder tröstet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | sich ärgert, wenn Sie seinen/ ihren Rat nicht annehmen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | einen Teil seiner/ ihrer Zeit oder Energie opfert, um etwas für Sie zu erledigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bewertung des Fragebogens

Diese Fragen beziehen sich ausschließlich auf den zweiten (orangefarbenen) Teil des Fragebogens

1 Wie lange haben Sie für die Beantwortung des Fragebogens (Teil II) benötigt?

□□□ Minuten

2 Falls es in diesem zweiten (orange) Teil Fragen oder Formulierungen gegeben hat, die nicht gut verständlich waren, geben Sie diese bitte jetzt an.

Buchstabe und Nummer der Frage

unklare Formulierung/ unklarer Begriff

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

