



Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift DAS Kästchen an, das Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

**BEWEGLICHKEIT/MOBILITÄT**

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
- Ich habe leichte Probleme herumzugehen
- Ich habe mäßige Probleme herumzugehen
- Ich habe große Probleme herumzugehen
- Ich bin nicht in der Lage herumzugehen

**FÜR SICH SELBST SORGEN**

- Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

**ALLTÄGLICHE TÄTIGKEITEN** (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

**SCHMERZEN/KÖRPERLICHE BESCHWERDEN**

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

**ANGST/NIEDERGESCHLAGENHEIT**

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

- Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.
- Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.
- 100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.  
0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
- Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.
- Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

IHRE GESUNDHEIT HEUTE =

Beste Gesundheit,  
die Sie sich  
vorstellen können



Schlechteste  
Gesundheit, die Sie  
sich vorstellen  
können

**Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?**

Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung

überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren

überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten

überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schwierigkeiten zu entspannen

überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt

überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit

überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren

überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GAD 7 INDEX

--	--

**Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?**

**Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten**

überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit**

überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf**

überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben**

überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen**

überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben**

überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen**

überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Waren Ihre Bewegungen oder 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?**

überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten**

überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHQ 9 INDEX

--	--

**Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?**

**Bauchschmerzen**

Nicht beeinträchtigt

Wenig beeinträchtigt

Stark beeinträchtigt

**Rückenschmerzen**

Nicht beeinträchtigt

Wenig beeinträchtigt

Stark beeinträchtigt

**Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)**

Nicht beeinträchtigt

Wenig beeinträchtigt

Stark beeinträchtigt

**Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation**

Nicht beeinträchtigt

Wenig beeinträchtigt

Stark beeinträchtigt

**Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr**

Nicht beeinträchtigt

Wenig beeinträchtigt

Stark beeinträchtigt

**Kopfschmerzen**

Nicht beeinträchtigt

Wenig beeinträchtigt

Stark beeinträchtigt

**Schmerzen im Brustbereich**

Nicht beeinträchtigt

Wenig beeinträchtigt

Stark beeinträchtigt

**Schwindel**

Nicht beeinträchtigt

Wenig beeinträchtigt

Stark beeinträchtigt

**Ohnmachtsanfälle**

Nicht beeinträchtigt

Wenig beeinträchtigt

Stark beeinträchtigt

**Herzklopfen oder Herzrasen**

Nicht beeinträchtigt

Wenig beeinträchtigt

Stark beeinträchtigt

**Kurzatmigkeit**

Nicht beeinträchtigt

Wenig beeinträchtigt

Stark beeinträchtigt

**Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall**

Nicht beeinträchtigt

Wenig beeinträchtigt

Stark beeinträchtigt

**Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden**

Nicht beeinträchtigt

Wenig beeinträchtigt

Stark beeinträchtigt

**SCL-K-9**

Im nachfolgenden finden Sie eine Liste mit Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie die einzelnen Beschwerden sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten 7 Tagen** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort den "besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das zutreffende Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

**Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen unter:**

Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verletzlichkeit in Gefühlsdingen

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

dem Gefühl, das andere Sie beobachten oder über Sie reden

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schweregefühl in den Armen oder den Beinen

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mittelwert

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zu Empfindungen, die Menschen mitunter bei sich beobachten. Bitte geben Sie jeweils an, wie stark Sie diese Empfindungen bei Ihnen in den letzten 7 Tagen beobachtet haben. Wenn Sie 0% angeben, bedeutet dies, dass Sie diese Empfindung in den letzten 7 Tagen an sich nicht beobachtet haben. 100% bedeutet das Sie diese Empfindungen immer an sich beobachtet haben.

**In den vergangenen 7 Tagen.....**

hatte ich die Empfindung, als ob mein Körper nicht zu mir gehört.

0%    10%    20%    30%    40%    50%    60%    70%    80%    90%    100%  
                                       

hatte ich Probleme, richtig zu hören, z.B. hörte ich die Geräusche um mich herum, als ob sie von weit weg herkommen.

0%    10%    20%    30%    40%    50%    60%    70%    80%    90%    100%  
                                       

hatte ich die Empfindung, andere Menschen oder andere Dinge oder die Welt um mich herum seien nicht wirklich.

0%    10%    20%    30%    40%    50%    60%    70%    80%    90%    100%  
                                       

hatte ich die Empfindung, dass mein Körper oder einzelne Teile davon unempfindlich gegenüber körperlichen Schmerzen sind.

0%    10%    20%    30%    40%    50%    60%    70%    80%    90%    100%  
                                       

Mittelwert



In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.

Bitte beantworten Sie jede Frage, in dem Sie die Antwortmöglichkeiten ankreuzen, die am besten auf Sie zutreffen.

**Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?**

Ausgezeichnet       Sehr gut       Gut       Weniger gut       Schlecht

**Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt?**

**Wenn ja, wie stark?**

**mittelschwere Tätigkeiten**, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen

- Ja, stark eingeschränkt  
 Ja, etwas eingeschränkt  
 Nein, überhaupt nicht eingeschränkt

**mehrere Treppenabsätze steigen**

- Ja, stark eingeschränkt  
 Ja, etwas eingeschränkt  
 Nein, überhaupt nicht eingeschränkt

**Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?**

Ich habe weniger geschafft, als ich wollte

- Ja       Nein

Ich konnte nur bestimmte Dinge tun

- Ja       Nein

**Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause? (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten?)**

Ich habe weniger geschafft, als ich wollte

- Ja       Nein

Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten

- Ja       Nein

**Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen vier Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?**

- Überhaupt nicht       Ein bisschen       Mässig       Ziemlich       Sehr

**In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den letzten 4 Wochen gegangen ist.**

**Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen.....**

ruhig und gelassen?

immer      meistens      ziemlich oft      manchmal      selten      nie

                            

voller Energie?

immer      meistens      ziemlich oft      manchmal      selten      nie

                            

entmutigt und traurig?

immer      meistens      ziemlich oft      manchmal      selten      nie

                            

**Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuch bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?**

immer      meistens      manchmal      selten      nie

                      

**In diesem Dokument wurde, zur besseren Handhabung, eine abgewandelte Auswertungssyntax hinterlegt. Daher entsprechen die Körperliche und Psychische Summenskala nicht exakt den Werten des SF-12, die mittels statistischer Auswertungsprogramme errechnet werden, sie weichen allerdings nur geringfügig hiervon ab.**

**Generell gilt, je höher der Wert, desto besser ist der körperliche bzw. mentale Zustand des Patienten. Die Mittelwerte der deutschen Normstichprobe liegen für die Körperliche Summenskala bei 48,2 und für die Psychische Summenskala bei 51,4.**

**CAVE: Bei fehlenden Werten muss mit stärkeren Abweichungen gerechnet werden!**

Körperliche Summenskala

--	--	--	--	--	--

Psychische Summenskala

--	--	--	--	--	--

**Wir würden Sie gerne noch nach Ihrer Zufriedenheit mit Ihrem Leben insgesamt fragen. Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig alles in allem mit Ihrem Leben?**

**Antworten Sie bitte anhand der folgenden Skala, bei der „0“ ganz und gar unzufrieden, „10“ ganz und gar zufrieden bedeutet. Mit Werten zwischen „0“ und „10“ können Sie Ihre Meinung abstufen.**

1     2     3     4     5     6     7     8     9     10