

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN FÜR PATIENTEN (PHQ)

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

Name _____ Alter _____ Geschlecht: weiblich männlich Datum _____

1. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Bei-nähe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR OFFICE CODING: Som Dis if at least 3 of #1a-m are "a lot" and lack an adequate biol explanation.
 Maj Dep Syn if answers to #2a or b and five or more of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).
 Other Dep Syn if #2a or b and two, three, or four of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).

3. Fragen zum Thema „Angst“.

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| a. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstatacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)? | NEIN
<input type="checkbox"/> | JA
<input type="checkbox"/> |
|--|---|---------------------------------------|

Wenn Sie „NEIN“ ausgewählt haben, fahren Sie bitte mit Frage 5 fort.

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf – d. h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.

NEIN JA

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Bekamen Sie schlecht Luft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Haben Sie geschwitzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Fühlten Sie sich schwindelig, benommen oder sind Sie ohnmächtig geworden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Zitterten oder bebten Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

Überhaupt nicht An einzelnen Tagen An mehr als der Hälfte der Tage

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Wenn Sie „Überhaupt nicht“ ausgewählt haben, fahren Sie bitte mit Frage 6 fort.

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| b. Gefühle der Unruhe, sodass Stillsitzen schwer fällt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Leichte Ermüdbarkeit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Muskelverspannungen, Muskelschmerzen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Lesen oder beim Fernsehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FOR OFFICE CODING: Pan Syn if all of #3a-d are 'YES' and four or more of #4a-k are 'YES'. Other Anx Syn if #5a and answers to three or more of #5b-g are "More than half the days"

6. Fragen zum Thema „Essen“.			
a.	Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, <u>was</u> und <u>wie viel</u> Sie essen?	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>
b.	Essen Sie öfter – <u>in einem Zeitraum von 2 Stunden</u> – Mengen, die andere Leute als <u>ungewöhnlich groß</u> bezeichnen würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie bei a oder b „NEIN“ ausgewählt haben, fahren Sie bitte mit Frage 9 fort.			
c.	Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie während der letzten 3 Monate <u>öfter</u> eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen unternommen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden?		NEIN	JA
a.	Sich selbst zum Erbrechen gebracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Gefastet, d. h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Mehr als eine Stunde Sport getrieben, mit dem ausschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, nachdem Sie zuviel gegessen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wenn Sie bei einer oder mehrerer dieser Maßnahmen, die eine Gewichtszunahme vermeiden sollen, „JA“ angekreuzt haben, kam eine davon im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vor?		NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>
9. Trinken Sie jemals Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)?		NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>
Wenn Sie „NEIN“ ausgewählt haben, fahren Sie bitte mit Frage 11 fort.			
10. Ist bei Ihnen <u>im Laufe der letzten 6 Monate mehr als einmal</u> eine der folgenden Situationen eingetreten?		NEIN	JA
a.	Sie haben Alkohol getrunken, obwohl Ihnen ein Arzt angeraten hat, aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Sie haben bei der Arbeit, in der Schule, bei der Versorgung der Kinder oder bei der Wahrnehmung anderer Verpflichtungen Alkohol getrunken, waren angetrunken oder „verkatert“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Sie sind der Arbeit, der Schule oder anderen Verpflichtungen ferngeblieben oder sind zu spät gekommen, weil Sie getrunken hatten oder „verkatert“ waren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Sie hatten Schwierigkeiten, mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Gläser Alkohol bzw. zu viel getrunken hatten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wenn <u>eines oder mehrere</u> der in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie <u>sehr</u> diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen?			
Überhaupt nicht erschwert	Etwas erschwert	Stark erschwert	Extrem erschwert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR OFFICE CODING: Bul Ner if #6a,b, and-c and #8 are all 'YES'; Bin Eat Dis the same but #8 either 'NO' or left blank. Alc Abu if any of #10a-e is 'YES'.

Entwickelt von Dr. Robert L. Spitzer, Dr. Janet B.W. Williams, Dr. Kurt Kroenke und Kollegen, mit Forschungsbeihilfe von Pfizer Inc. Für die Vervielfältigung, Übersetzung, Darstellung oder Verteilung ist keine Genehmigung erforderlich.