

ANAMNESEBOGEN

Datum:

Angaben zur Person

Name: Vorname:

Geschlecht: weiblich männlich

Eigene Wohnung: ja nein, bei

Familienstand: single verheiratet geschieden
 getrennt lebend in Partnerschaft verwitwet

Kinder: nein ja, wie viele Junge/Alter?

wie viele Mädchen/Alter?

Kinderwunsch vorhanden? ja nein

Nur von Frauen auszufüllen

Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche sind Sie? nein ja

Gab es einen Abort? Wenn ja,: nein ja

Häufigkeit/Jahre

Gab es einen induzierten Abort? Wenn ja,: nein ja

Häufigkeit/Jahre

Staatsangehörigkeit: Religion:

Wie stark spielt Ihre Religion eine Rolle in ihrem Leben?

Welchen Schulabschluss haben Sie erreicht?

Wie waren Ihre schulischen Leistungen?

Wie war der Kontakt zu anderen Schülern oder zu Lehrern?

Haben Sie eine abgeschlossene Ausbildung: nein ja, als:

Wie war Ihr Ausbildungsverhältnis?

Wie war der Kontakt zu andern Azubis oder Ausbildern?

Stehen Sie zurzeit in Arbeit?

nein ja

Welche Tätigkeit üben Sie aus?

Wer ist Ihr Arbeitgeber?

Wie ist Ihr Arbeitsverhältnis?

Angaben zum Hausarzt

Wer ist Ihr Hausarzt?

Straße:

Ort/PLZ:

Telefon:

Mail:

Angaben zu Erkrankungen

Litten oder leiden Sie an schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen? Oder gab es sogar Operationen?

nein ja

1.) Art:

Dauer:

Jahr:

Verlauf:

Medikation:

Stationärer Aufenthalt:

2.) Art:

Dauer:

Jahr:

Verlauf:

Medikation:

Stationärer Aufenthalt:

3.) Art: Dauer:

Jahr: Verlauf:

Medikation:

Stationärer Aufenthalt:

Gab es früher schon mal seelische Erkrankungen oder Probleme bei Ihnen? nein ja

1.) Art: Dauer:

Jahr: Verlauf:

Medikation:

Stationärer Aufenthalt:

2.) Art: Dauer:

Jahr: Verlauf:

Medikation:

Stationärer Aufenthalt:

3.) Art: Dauer:

Jahr: Verlauf:

Medikation:

Stationärer Aufenthalt:

Leiden oder litten Ihre Eltern oder andere Verwandte schon mal an einer psychischen Erkrankung? nein ja

a) Person: Art:

b) Person: Art:

c) Person: Art:

Angaben zur Lebensereignissen

Gab es bedeutende Lebensereignisse, die Ihnen noch heute nahe gehen? nein ja
Positiv, wie negativ!

Gab es eines der folgenden Lebensereignisse in Ihrem Leben?

- | | | | |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Eheschließungen | <input type="checkbox"/> Mobbing | <input type="checkbox"/> Verschuldung | <input type="checkbox"/> Todesfälle |
| <input type="checkbox"/> Verlust von Haustieren | <input type="checkbox"/> Geburt von Kindern | <input type="checkbox"/> Umzüge | <input type="checkbox"/> Verkehrsunfälle |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzverlust | <input type="checkbox"/> Trennungen | <input type="checkbox"/> Reichtum | <input type="checkbox"/> Stalking |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzwechsel | <input type="checkbox"/> Kriegserlebnisse | <input type="checkbox"/> Kriminalitätsdelikte | <input type="checkbox"/> Krisen |
| <input type="checkbox"/> sexuelle Belästigungen | <input type="checkbox"/> Naturkatastrophen | <input type="checkbox"/> Traumatisierungen | |
| <input type="checkbox"/> Gewalttätigkeiten Ihnen gegenüber | | | |

Gibt es Personen, die Ihnen besonders nahe stehen?: nein ja

Gab es vor kurzem Veränderungen im Bereich der Bezugspersonen? Z.B. nein ja
Trennungen:

Hatten Sie Teile dieses Lebensereignisses (s.o. Lebensereignisse) zu einem nein ja
Zeitpunkt in Ihrem Leben vergessen, und konnten sich nicht mehr daran
erinnern? Wenn ja, wie sind Sie wieder darauf gekommen?

Fortführende Angaben zur Person

Bei Ehe/Partnerschaft: Wie würden Sie Ihr jetziges Verhältnis zu Ihrem/r Ehegatten/in/Partner/in beschreiben?

Bei Scheidung: Wie würden Sie Ihr jetziges Verhältnis zu Ihrem/r geschiedenen Mann/Frau beschreiben?

Bei Verlust durch Tod: Wie sind Sie mit dem Verlust des/r Partners/in zu Recht gekommen?

Bei Kindern: Wie würden Sie das Verhältnis zur Ihren Kindern beschreiben?

Leben Ihre Eltern noch?

Vater: ja nein, Todesursache Datum

Beruf:

Mutter: ja nein, Todesursache Datum

Beruf:

Wie würden Sie das Verhältnis zu Ihren Eltern beschreiben?

Haben Sie Geschwister? Wenn ja, welches Geschlecht / Alter? nein ja

Wie ist das Verhältnis zu Ihren Geschwister?

Gab es Stiefeltern? nein ja, leben diese noch?

Stiefvater: ja nein, Todesursache Datum

Beruf:

Stiefmutter: ja nein, Todesursache Datum

Beruf:

Wie würden Sie das Verhältnis zu Ihren Stiefeltern beschreiben?

Haben Sie Stiefgeschwister? Wenn ja, welches Geschlecht / Alter? nein ja

Wie würden Sie das Verhältnis zu Ihren Stiefgeschwistern beschreiben?

Leben Ihre Großeltern Väterlicherseits noch?

Großvater: ja nein, Todesursache Datum

Großmutter: ja nein, Todesursache Datum

Wie würden Sie das Verhältnis zu Ihren Großeltern Väterlicherseits beschreiben?

Leben Ihre Großeltern Mütterlicherseits noch?

Großvater: ja nein, Todesursache Datum

Großmutter: ja nein, Todesursache Datum

Wie würden Sie das Verhältnis zu Ihren Großeltern Mütterlicherseits beschreiben?

Haben Sie Freunde? nein ja

Wie viel Freunde haben Sie?:

Wie sieht Ihr Verhältnis zu Ihren Freunden aus?

Haben Sie Bekannte? nein ja

Wie viel Bekannte haben Sie?:

Wie sieht Ihr Verhältnis zu Ihren Bekannten aus?

Haben Sie Hobbys? Wenn ja, welche? nein ja

Wie regelmäßig gehen Sie den Hobbys nach?

Nehmen Sie an sportlichen Aktivitäten teil? Wenn ja, an welchen? nein ja

Wie regelmäßig gehen Sie diesen sportlichen Aktivitäten nach?

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? nein ja

Haben Sie früher Medikamente genommen? nein ja

Medikament: Art der Einnahme: Seit:

Medikament: Art der Einnahme: Seit:

Medikament: Art der Einnahme: Seit:

Medikament: Art der Einnahme: Seit:

Medikament: Art der Einnahme: Seit:

Haben Sie in letzter Zeit Medikamente abgesetzt, ausgetauscht, oder die Dosis verändert? nein ja

Medikament: abgesetzt ausgetauscht Dosis verändert

Medikament: abgesetzt ausgetauscht Dosis verändert

Medikament: abgesetzt ausgetauscht Dosis verändert

Medikament: abgesetzt ausgetauscht Dosis verändert

Wie lange haben Sie diesen Medikamentenkonsum bereits?

Welche Gründe gab es für die Medikamenteneinnahme?

Hatten Sie auch schon das Gefühl, dass Sie Ihren Medikamentenkonsum reduzieren sollten? Wenn ja, warum: nein ja

Hat es Sie schon mal aufgeregt, wenn andere Leute Ihren Medikamentenkonsum kritisieren? nein ja

Hatten Sie wegen Ihres Medikamentenkonsums schon Gewissensbisse? Wenn ja, warum? nein ja

Haben Sie morgens zum Erwachen, auch schon mal Medikamente genommen? Wenn ja, wie oft? nein ja

Gab es bereits Entzugs- oder Therapieversuche? nein ja

Jahr: Wo?: Wie?:

Jahr: Wo?: Wie?:

Jahr: Wo?: Wie?:

Sind Ihnen bereits seelische (psychische) Folgeschäden bekannt? nein ja

Kennen Sie folgende Merkmale von Ihnen:

- | | | |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen | <input type="checkbox"/> Gleichgültigkeit | <input type="checkbox"/> Interessenverlust |
| <input type="checkbox"/> Verfall kognitiver Fähigkeiten | <input type="checkbox"/> Gewalttätigkeiten | <input type="checkbox"/> Selbstbewusstsein leidet |
| <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsveränderung | <input type="checkbox"/> übermäßige Eifersucht | <input type="checkbox"/> fehlende Kritikfähigkeit |

Sind Ihnen bereits körperliche Folgeschäden bekannt? nein ja

Leiden Sie an einer der folgenden Störungen?

- | | | |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vegetative Störungen | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust |
| <input type="checkbox"/> Organische Schäden | <input type="checkbox"/> Gangunsicherheit | <input type="checkbox"/> Hirnorganschäden |

Haben Sie bereits soziale Folgeschäden, unter denen Sie leiden? nein ja

Kennen Sie eine der folgenden Situationen?

- | | | | |
|------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wohnungsverlust | <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzverlust | <input type="checkbox"/> Familiäre Distanzierung | <input type="checkbox"/> Verschuldung |
| <input type="checkbox"/> Verkehrsdelikte | <input type="checkbox"/> Führerscheinverlust | <input type="checkbox"/> Dissoziales Verhalten | <input type="checkbox"/> Kriminalität |

Alkohol

Trinken Sie Alkohol? nein ja

Bei "nein" haben Sie in der Vergangenheit Alkohol getrunken? nein ja

Was trinken/tranken Sie?

Wie viel trinken/tranken Sie?

Wie oft trinken/tranken Sie?

Wie lange haben Sie dieses Trinkverhalten bereits?

Gab oder gibt es Gründe für Ihren Alkoholkonsum?

Hatten Sie auch schon das Gefühl, dass Sie Ihren Alkoholkonsum reduzieren sollten? Wenn ja, warum? nein ja

Hat es Sie schon mal aufgeregt, wenn andere Leute Ihr Trinkverhalten kritisieren? nein ja

Hatten Sie wegen Ihres Alkoholkonsums schon Gewissensbisse? Wenn ja, nein ja
warum:

Haben Sie morgens zum Erwachen, auch schon mal Alkohol getrunken? Wenn ja, wie oft? nein ja

Gab es bereits Entzugs- oder Therapieversuche? nein ja

Jahr: Wo?: Wie?:

Jahr: Wo?: Wie?:

Jahr: Wo?: Wie?:

Sind Ihnen bereits seelische (psychische) Folgeschäden bekannt? nein ja

Kennen Sie folgende Merkmale von Ihnen:

- | | | |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen | <input type="checkbox"/> Gleichgültigkeit | <input type="checkbox"/> Interessenverlust |
| <input type="checkbox"/> Verfall kognitiver Fähigkeiten | <input type="checkbox"/> Gewalttätigkeiten | <input type="checkbox"/> Selbstbewusstsein leidet |
| <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsveränderung | <input type="checkbox"/> übermäßige Eifersucht | <input type="checkbox"/> fehlende Kritikfähigkeit |

Sind Ihnen bereits körperliche Folgeschäden bekannt? nein ja

Leiden Sie an einer der folgenden Störungen?

- | | | |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vegetative Störungen | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust |
| <input type="checkbox"/> Organische Schäden | <input type="checkbox"/> Gangunsicherheit | <input type="checkbox"/> Hirnorganschäden |

Haben Sie bereits soziale Folgeschäden, unter denen Sie leiden? nein ja

Kennen Sie eine der folgenden Situationen?

- | | | | |
|------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wohnungsverlust | <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzverlust | <input type="checkbox"/> Familiäre Distanzierung | <input type="checkbox"/> Verschuldung |
| <input type="checkbox"/> Verkehrsdelikte | <input type="checkbox"/> Führerscheinverlust | <input type="checkbox"/> Dissoziales Verhalten | <input type="checkbox"/> Kriminalität |

Drogen

Nehmen Sie Drogen? nein ja

Bei „nein“: Haben Sie in der Vergangenheit schon mal Drogen genommen? nein ja

Welche Drogen nehmen/nahmen Sie?

Welchen Mengen an Drogen nehmen/nahmen Sie?

Wie oft nehmen/nahmen Sie Drogen?

Wie lange haben Sie dieses Konsumverhalten bereits?

Gab oder gibt es Gründe für Ihren Drogenkonsum?

Hatten Sie auch schon das Gefühl, dass Sie Ihren Drogenkonsum reduzieren sollten? Wenn ja, warum? nein ja

Hat es Sie schon mal aufgeregt, wenn andere Leute Ihren Drogenkonsum kritisieren? nein ja

Hatten Sie wegen Ihres Drogenkonsums schon Gewissensbisse? Wenn ja, warum? nein ja

Haben Sie morgens zum Erwachen, auch schon mal Drogen genommen? Wenn ja, wie oft? nein ja

Gab es bereits Entzugs- oder Therapieversuche? nein ja

Jahr: Wo?: Wie?:

Jahr: Wo?: Wie?:

Jahr: Wo?: Wie?:

Sind Ihnen bereits seelische (psychische) Folgeschäden bekannt? nein ja

Kennen Sie folgende Merkmale von Ihnen?

- | | | |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen | <input type="checkbox"/> Gleichgültigkeit | <input type="checkbox"/> Interessenverlust |
| <input type="checkbox"/> Verfall kognitiver Fähigkeiten | <input type="checkbox"/> Gewalttätigkeiten | <input type="checkbox"/> Selbstbewusstsein leidet |
| <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsveränderung | <input type="checkbox"/> übermäßige Eifersucht | <input type="checkbox"/> fehlende Kritikfähigkeit |

Sind bereits körperliche Folgeschäden bekannt? nein ja

Leiden Sie unter einer der folgenden Störungen?

- | | | |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vegetative Störungen | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust |
| <input type="checkbox"/> Organische Schäden | <input type="checkbox"/> Gangunsicherheit | <input type="checkbox"/> Hirnorganschäden |

Haben Sie bereits soziale Folgeschäden unter denen Sie leiden? nein ja

Kennen Sie einer der folgenden Situationen?

- | | | | |
|------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wohnungsverlust | <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzverlust | <input type="checkbox"/> Familiäre Distanzierung | <input type="checkbox"/> Verschuldung |
| <input type="checkbox"/> Verkehrsdelikte | <input type="checkbox"/> Führerscheinverlust | <input type="checkbox"/> Dissoziales Verhalten | <input type="checkbox"/> Kriminalität |

Trink- und Essverhalten

Was trinken Sie?

Wie viel trinken Sie am Tag?

Nehmen Sie regelmäßig Mahlzeiten zu sich?

nein

ja

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie am Tag zu sich?

Was Essen Sie vorzugsweise?

Wie sieht es mit Obst und Gemüse aus?

Haben Sie bestimmte Essgewohnheiten? Z.B. immer vorm Fernseher, oder nur im Stehen und nebenbei:

Wie schätzen Sie Ihren Appetit selber ein:

Appetit normal

Appetit vermindert

Appetit vermehrt

Wie schätzen Sie Ihr Trinkverhalten selber ein?:

Durst normal

Durst vermehrt

Durst vermindert

Auffassung, Konzentration und Gedächtnis

Erklären Sie bitte folgendes Sprichwort: Wer anderen eine Grube gräbt, fällt selbst hinein!

Fällt es Ihnen schwer, Gesprächen zu folgen?

nein

ja

Haben Sie Probleme beim Merken von Sachen? Wenn Sie zum Beispiel etwas suchen, wissen Sie dann nach kurzer Zeit nicht mehr, was Sie suchen?

nein

ja

Haben Sie das Gefühl sich schwer an Sachen aus der Vergangenheit erinnern zu können?

nein

ja

Können Sie öfter nicht einschlafen, weil Sie so viel denken?

nein

ja

Haben Sie das Gefühl, dass sich etwas in Ihrem Denken verändert hat?

nein

ja

Fällt Ihnen das Denken schwerer als üblicherweise? So wie gebremst oder blockiert?

nein

ja

Grübeln Sie viel?

nein

ja

Haben Sie das Gefühl, zu viele Gedanken gleichzeitig im Kopf zu haben?

nein

ja

Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen der Gedanke öfter einfach abhanden gekommen oder abgerissen ist?

nein

ja

Zwänge, Ängste, Phobien und Befürchtungen

Müssen Sie an bestimmte Dinge immer wieder denken, bzw. kreisen Ihre Gedanken ständig um bestimmte Themen? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Müssen Sie bestimmte Dinge immer wieder tun, obwohl Sie sie für unsinnig halten? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Haben Sie einen Hang zum Zählen bei Tätigkeiten? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Verspüren Sie manchmal von jetzt auf gleich ein intensives Angsterleben, ohne dass Sie wissen, woher dieses kommt? Sozusagen aus heiterem Himmel? nein ja

Haben Sie des öfteren Angst, weil Sie erwarten, dass etwas Schlimmes passieren könnte? nein ja

Machen Sie sich häufig Sorgen um verschiedene Dinge? nein ja

Geraten Sie bei bestimmten Situationen in Angst? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Haben Sie übermäßig Furcht vor bestimmten Dingen? Spinnen, Fahrstuhlfahrten, etc. Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Denken Sie viel über Ihr körperliches Befinden nach? nein ja

Haben Sie das Gefühl, dass im Körper etwas nicht in Ordnung ist? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Haben Sie körperliche Beschwerden, obwohl keine Ursache dafür zu finden ist? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Haben Sie Dinge erlebt, die andere für unmöglich halten? Wenn ja, geben Sie nein ja
ein Beispiel:

Haben Sie in letzter Zeit Dinge erlebt, die Ihnen sehr merkwürdig vorkamen, die nein ja
Sie beunruhigen oder Ihnen Angst gemacht haben? Wenn ja, geben Sie ein
Beispiel:

Haben Sie das Gefühl, dass Dinge um Sie herum passiert sind, die etwas mit nein ja
Ihnen zu tun haben? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel:

Sind z. B. Ansagen im Fernsehen, oder Radio für Sie persönlich bestimmt? nein ja
Wenn ja, geben Sie ein Beispiel:

Haben Sie das Gefühl, dass bestimmte Menschen etwas gegen Sie haben oder nein ja
jemand Ihnen böses will? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel:

Haben Sie das Gefühl besonders Fähigkeiten zu haben? Wenn ja, geben Sie ein nein ja
Beispiel:

Haben Sie das Gefühl verfolgt zu werden? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Haben Sie das Gefühl von Ihrem/r Partner/in betrogen zu werden? nein ja

Haben Sie das Gefühl Schuld auf sich geladen zu haben? Wenn ja, geben Sie nein ja
ein Beispiel:

Haben Sie Sorgen, nicht genug Mittel zu haben, um Ihren Lebensunterhalt zu bestreiten? nein ja

Haben Sie manchmal die Gedanken was Besseres zu sein als Andere? nein ja

Gibt es etwas, was Sie ängstigt oder ablenkt? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Wirkt irgendetwas auf Sie ein, was Sie stört oder beunruhigt? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Hören Sie manchmal jemanden sprechen, obwohl niemand im Raum ist? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Hören manchmal Zischlaute, oder andere Töne? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Haben Sie Personen gesehen, die andere nicht sehen können? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Haben Sie Gegenstände gesehen, die andere nicht sehen können? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Haben Sie in letzter Zeit merkwürdige Gerüche bemerkt, die außer Ihnen keiner bemerkt hat? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Haben Ihnen Speisen oder Getränke irgendwie anders als sonst geschmeckt? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Gehen in Ihrem Körper merkwürdige Dinge vor? Wenn ja, geben Sie ein nein ja

Beispiel:

Haben Sie noch andere eigenartige Wahrnehmungen gemacht, die außer Ihnen nein ja
keiner wahrgenommen hat? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel:

Haben Sie in letzter Zeit beobachtet, dass Sie oder Ihre Umgebung sich nein ja
verändert hat? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel:

Kommt Ihnen die sonst vertraute Umgebung in letzter Zeit irgendwie verändert nein ja
oder fremd vor? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel:

Fühlen Sie sich selbst irgendwie körperlich verändert? Wenn ja, geben Sie ein nein ja
Beispiel:

Haben Sie das Gefühl, andere könne Ihre Gedanken? Wenn ja, geben Sie ein nein ja
Beispiel:

Haben Sie das Gefühl, dass Sie Gedanken denken, die man Ihnen eingibt? nein ja
Wenn ja, geben Sie ein Beispiel:

Haben Sie das Gefühl von Anderen beeinflusst zu werden, wie unter Hypnose nein ja
z.B.? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel:

Fragen zum Gefühlsleben

Hat sich irgendetwas in Ihrem Gefühlsleben verändert? nein ja

Nehmen Sie z.B. kaum noch Gefühle wahr? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Lebendigkeit, Ihr Schwung, Ihre Frische sich verringert haben? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Fühlen Sie sich oft niedergeschlagen traurig? nein ja

Gab es schon mal Zeiten, wo es anders war und Sie das Gefühl hatten, Bäume ausreißen zu können? nein ja

Leiden Sie unter Angstzuständen? nein ja

Fühlen Sie sich innerlich unruhig? nein ja

Glauben Sie, dass Sie weniger wert sind, als andere Menschen? nein ja

Fühlen Sie sich in letzter Zeit oft niedergeschlagen oder niedergedrückt? nein ja

Schauen Sie positiv in die Zukunft? nein ja

Fühlen Sie sich oft niedergeschlagen traurig? Fühlen Sie sich in letzter Zeit oft übellaunig? nein ja

Sind Sie in letzter Zeit leicht reizbar und geraten schnell aus der Fassung? Auch wegen Kleinigkeiten? nein ja

Haben Sie das Gefühl Schuld auf sich geladen zu haben? nein ja

Haben Sie das Gefühl zu verarmen? nein ja

Ändert sich Ihre Stimmung manchmal von einer Minute zu anderen? nein ja

Kommt es vor, dass Sie ganz gegensätzliche Gefühle gleichzeitig haben? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Haben Sie manchmal das Gefühl etwas Besonderes zu sein, oder besonders gute Leistungen zu erbringen? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Wie viele Stunden schlafen Sie zurzeit? Stunden

Haben Sie das Gefühl, manchmal plötzlich eine übermäßige Stärke zu haben? nein ja

Wie fühlen Sie sich jetzt?:

Hören Sie Stimmen? nein ja

Haben Sie in letzter Zeit ein verstärkten sexuellen Drang? nein ja

Antrieb / Motivation

Hat sich Ihre Energie und Initiative, bestimmte Dinge zu tun in letzter Zeit etwas geändert? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Gehen Ihnen zurzeit alltägliche Verrichtungen schwer von der Hand? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Fühlen Sie sich gebremst oder blockiert? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Haben Sie zurzeit besonders viel Aktivität, sind Sie besonders unternehmungslustig? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Fühlen Sie sich innerlich unruhig? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Haben Sie das Bedürfnis sich übermäßig mitzuteilen? nein ja

Vegetative Störungen und Beschwerden

Wie würden Sie Ihr Schlafverhalten beschreiben?

- | | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Früherwachen |
| <input type="checkbox"/> Rhythmus vertauscht | <input type="checkbox"/> Vielschlaf | <input type="checkbox"/> Mittagsschlaf |
| <input type="checkbox"/> ständig Müde | <input type="checkbox"/> Verkürzung der Schlafdauer | |

Wie würden Sie Ihre Lust nach Sexualität beschreiben? normal vermehrt vermindert

Ist Ihnen sonst etwas Ungewöhnliches an Ihrem Körper aufgefallen? Z.B. Tachykardie, grippeähnliche Symptome oder ähnliches? nein ja

Sehen Sie Dinge verschwommen? nein ja

Schwitzen Sie schnell und öfter? nein ja

Haben Sie in letzter Zeit unreinere Haut, mit Pickelbildung? nein ja

Haben Sie Probleme bei der Blasenentleerung? Wenn ja: nein ja

• erschwertes Wasserlassen (erschwerter Miktion) nein ja

• häufiges Wasserlassen in kleinen Mengen (Pollakisurie) nein ja

• Bett einnässen (Enuresis) nein ja

Bei Frauen: Haben Sie einen normalen Menstruationszyklus von vier Wochen? nein ja

Fühlen Sie sich regelmäßig morgens schlechter als im Vergleich zu anderen Tageszeiten? nein ja

Fühlen Sie sich regelmäßig abends schlechter als im Vergleich zu anderen Tageszeiten? nein ja

Fühlen Sie sich regelmäßig abends besser als zu anderen Tageszeiten? nein ja

Gastrointestinale Störungen

Haben Sie das Gefühl öfter als sonst Ihren Speichel schlucken zu müssen? nein ja

Haben Sie das Gefühl ihr Mund trocknet aus? nein ja

Ist Ihnen öfter ohne Grund übel? nein ja

Müssen Sie sich in letzter Zeit öfter erbrechen? nein ja

Haben Sie des öfteren Magenbeschwerden? nein ja

Haben Sie erschwerten Stuhlgang? nein ja

Haben Sie häufig Durchfall? nein ja

Kardio-respiratorische Störungen

Fällt es Ihnen manchmal schwer zu Atmen? nein ja

Haben Sie öfter Kreislaufprobleme und fühlen sich schwindelig? nein ja

Fühlt sich Ihr Herzschlag manchmal stark beschleunigt, oder unregelmäßig an, oder spüren Sie Ihren Herzschlag verstärkt? nein ja

Empfinden Sie öfter Herzstechen, oder Ihr Herz als drückend? nein ja

Andere Störungen

- Haben Sie öfter einen Kopfdruck bis hin zum Kopfschmerz? nein ja
- Haben Sie Schmerzen, Spannungsgefühle oder Druckbeschwerden im Rückenbereich? nein ja
- Kommen Ihnen Ihre Beine manchmal extrem erschwert vor? nein ja
- Haben Sie öfter Hitzewallungen oder das Gefühl von aufsteigender Hitze? nein ja
- Frieren und frösteln Sie schnell, obwohl es warm ist? nein ja

Neurologische Störungen

- Haben Sie in letzter Zeit ein Zittern bei Ihnen wahrgenommen? nein ja
- Haben Sie das Empfinden, dass es in Ihren Bewegungsabläufen manchmal zu Störungen kommt? nein ja
- Haben Sie das Gefühl, dass Sie sich kaum bewegen? nein ja
- Ist es Ihnen nicht möglich, still zu sitzen? nein ja
- Haben Sie den Eindruck manchmal unkontrollierte Bewegungen machen zu müssen? nein ja
- Haben Sie das Gefühl besonders sensibel zu sein? nein ja

Auffälligkeiten in der Persönlichkeit und im Verhalten

- Stoßen Sie immer wieder auf ähnliche Probleme im Umgang mit Menschen und neigen zur Einschränkung des Kontaktes mit anderen Menschen? nein ja
- Sind sie selten alleine und stets im Kontakt mit anderen Menschen? nein ja
- Sind Sie öfter in Schlägereien verwickelt? nein ja
- Haben Sie sich schon mal absichtlich selbst verletzt? nein ja
- Haben Sie das Gefühl nicht krank zu sein, obwohl Sie zum Beispiel eine Grippe haben? nein ja
- Glauben Sie, dass Sie krank sind? nein ja
- Verlaufen Ihre Beziehungen immer wieder nach demselben Muster? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Haben Sie immer wieder das Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder Sie folgendermaßen empfinden:

- zu kompliziert zu schwierig zu ängstlich zu kontrolliert zu egozentrisch
 zu angepasst zu paranoid zu opportunistisch

Haben Sie das Gefühl, dass wiederkehrende Situationen Sie überfordern, belasten oder ähnliches? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Haben Sie das Gefühl, dass andere Menschen zu hohe Forderungen an Sie stellen? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Haben Sie das Gefühl, dass Sie anderen Menschen grundsätzlich nicht trauen können? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Erzeugen diese Erfahrungen bei Ihnen das Gefühl ein Alleinkämpfer zu sein? nein ja

Haben Sie das Gefühl von anderen nicht verstanden zu werden? nein ja

Empfinden Sie Reaktionen von Dritten auf Ihr Verhalten als Unangemessen? nein ja

Wenn ja, geben Sie ein Beispiel:

Empfinden Sie die Kritik von Dritten als unpassend? Wenn ja, geben Sie ein Beispiel: nein ja

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!