

Praxis/Klinik  
(Stempel)

Pat.-Initialen (Vor-Nachname) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

interne Pat.-Nr. \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand

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 der Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	1	2	3	4	5

	Derzeit viel besser	Derzeit etwas besser	Etwa wie vor einem Jahr	Derzeit etwas schlechter	Derzeit viel schlechter
2. <i>Im Vergleich zum vergangenen Jahr</i> , wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?	1	2	3	4	5

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.			
3. <i>Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?</i>	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
a. <b>anstrengende Tätigkeiten</b> , z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	1	2	3
b. <b>mittelschwere Tätigkeiten</b> , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	1	2	3
c. Einkaufstaschen heben oder tragen	1	2	3
d. <b>mehrere</b> Treppenabsätze steigen	1	2	3
e. <b>einen</b> Treppenabsatz steigen	1	2	3
f. sich beugen, knien, bücken	1	2	3
g. <b>mehr als 1 Kilometer</b> zu Fuß gehen	1	2	3
h. <b>mehrere</b> Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	1	2	3
i. <b>eine</b> Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	1	2	3
j. sich baden oder anziehen	1	2	3

Praxis/Klinik  
(Stempel)

--

Pat.-Initialen (Vor-Nachname) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
interne Pat.-Nr. \_\_\_\_\_

4. Hatten Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer <b>körperlichen</b> Gesundheit</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?	Ja	Nein
a. Ich konnte nicht <b>so lange</b> wie üblich tätig sein	1	2
b. Ich habe <b>weniger geschafft</b> als ich wollte	1	2
c. Ich konnte <b>nur bestimmte Dinge</b> tun	1	2
d. Ich hatte <b>Schwierigkeiten</b> bei der Ausführung	1	2

5. Hatten Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen aufgrund <b>seelischer</b> Probleme</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?	Ja	Nein
a. Ich konnte nicht <b>so lange</b> wie üblich tätig sein	1	2
b. Ich habe <b>weniger geschafft</b> als ich wollte	1	2
c. Ich konnte nicht so <b>sorgfältig</b> wie üblich arbeiten	1	2

	Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?	1	2	3	4	5

	Keine Schmerzen	Sehr leicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark
7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> ?	1	2	3	4	5	6

	Überhaupt nicht	Ein bisschen	Mäßig	Ziemlich	Sehr
8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	1	2	3	4	5

Praxis/Klinik  
(Stempel)

--

Pat.-Initialen (Vor-Nachname) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
interne Pat.-Nr. \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen <i>in den vergangenen 4 Wochen</i> gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht).	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
9. Wie oft waren Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen...</i>						
a. ...voller Schwung?	1	2	3	4	5	6
b. ...sehr nervös?	1	2	3	4	5	6
c. ...so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	1	2	3	4	5	6
d. ...ruhig und gelassen?	1	2	3	4	5	6
e. ...voller Energie?	1	2	3	4	5	6
f. ...entmutigt und traurig?	1	2	3	4	5	6
g. ...erschöpft?	1	2	3	4	5	6
h. ...glücklich?	1	2	3	4	5	6
i. ...müde?	1	2	3	4	5	6

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	1	2	3	4	5

11. Inwieweit trifft <i>jede</i> der folgenden Aussagen auf Sie zu?	trifft ganz zu	trifft weitgehend zu	weiß nicht	trifft weitgehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
a. Ich schein etwas leichter als andere krank zu werden	1	2	3	4	5
b. Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne	1	2	3	4	5
c. Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt	1	2	3	4	5
d. Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit	1	2	3	4	5

Praxis/Klinik  
(Stempel)

Pat.-Initialen (Vor-Nachname)\_\_\_\_ - \_\_\_\_

interne Pat.-Nr. \_\_\_\_\_

HADS-D

Datum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung. Wir bitten Sie die Fragen so zu beantworten, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutraf. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus. Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint.

1.1 Ich fühle mich angespannt oder überreizt

- meistens
- oft
- von Zeit zu Zeit / gelegentlich
- überhaupt nicht

1.2 Ich kann mich heute noch so freuen wie früher

- ganz genau so
- nicht ganz so sehr
- nur noch ein wenig
- kaum oder gar nicht

1.3 Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte

- ja, sehr stark
- ja, aber nicht allzu stark
- etwas, aber es macht mir keine Sorgen
- überhaupt nicht

1.4 Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen

- ja, so viel wie immer
- nicht immer ganz so viel
- etwas, aber es macht mir keine Sorgen
- überhaupt nicht

1.5 Mir gehen beunruhigende Dinge durch den Kopf

- einen Großteil der Zeit
- verhältnismäßig oft
- von Zeit zu Zeit / aber nicht allzu oft
- nur gelegentlich / nie

Praxis/Klinik  
(Stempel)

Pat.-Initialen (Vor-Nachname) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

interne Pat.-Nr. \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1.6 Ich fühle mich glücklich

- überhaupt nicht
- selten
- manchmal
- meistens

1.7 Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen

- ja, natürlich
- gewöhnlich schon
- nicht oft
- überhaupt nicht

1.8 Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst

- fast immer
- sehr oft
- manchmal
- überhaupt nicht

1.9 Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend

- überhaupt nicht
- gelegentlich
- ziemlich oft
- sehr oft

1.10 Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren

- ja, stimmt genau
- ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
- möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
- ich kümmere mich so viel darum wie immer

Praxis/Klinik  
(Stempel)

Pat.-Initialen (Vor-Nachname)\_\_\_\_ - \_\_\_\_

interne Pat.-Nr. \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

1.11 Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein

- ja, tatsächlich sehr
- ziemlich
- nicht sehr
- überhaupt nicht

1.12 Ich blicke mit Freude in die Zukunft

- ja, sehr
- eher weniger als früher
- viel weniger als früher
- kaum bis gar nicht

1.13 Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand

- ja, tatsächlich sehr oft
- ziemlich oft
- nicht sehr oft
- überhaupt nicht

1.14 Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen

- oft
- manchmal
- eher selten
- sehr selten

Praxis/Klinik  
(Stempel)

Pat.-Initialen (Vor-Nachname) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

interne Pat.-Nr. \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Beschwerden	keine	leicht	mittel	stark	sehr stark
1. Verschlechterung des allgemeinen Wohlbefindens (Gesundheitszustand, subjektives Gesundheitsempfinden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gelenk- und Muskelbeschwerden (Kreuz-, Gelenk-, Gliederschmerzen, Rückenschmerzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Starkes Schwitzen (Hitzewallungen unabhängig von Belastung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen, müdes Aufwachen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Erhöhtes Schlafbedürfnis, häufig müde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Reizbarkeit (Aggressivität, durch Kleinigkeiten schnell aufgebracht, mißgestimmt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nervosität (innere Anspannung, innere Unruhe, nicht stillsitzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ängstlichkeit (Panik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Körperliche Erschöpfung (Abnahme der Aktivität, fehlende Lust zu Unternehmungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Abnahme der Muskelkraft (Schwächegefühl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Depressive Verstimmung (Mutlosigkeit, Traurigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Gefühl, Zenit des Lebens ist überschritten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Entmutigt fühlen, Totpunkt erreicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Abnahme der Libido (Spaß am Sex, Lust auf Sexualverkehr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fragen nur für Männer</b>					
16. Verminderter Bartwuchs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Nachlassen der Potenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Abnahme morgendlicher Erektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fragen nur für Frauen</b>					
19. Haben Sie noch Ihre Periode?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein
20. Falls ja: Ist Ihre Periode regelmäßig?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein
21. Falls nein: In welchem Jahr war Ihre letzte Periode? _____					

Praxis/Klinik  
(Stempel)

--

Pat.-Initialen (Vor-Nachname) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

interne Pat.-Nr. \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Welche körperlichen Aktivitäten üben Sie regelmäßig aus?** Bitte tragen Sie die Sportart(en) in das dafür vorgesehene Kästchen ein:

Sportart (z.B. Laufen,  
Radfahren, etc.)

Häufigkeit

Zeit pro Training

	<input type="checkbox"/> einmal pro Woche <input type="checkbox"/> 2-3 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> über 3 Mal pro Woche	_____ Minuten
	<input type="checkbox"/> einmal pro Woche <input type="checkbox"/> 2-3 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> über 3 Mal pro Woche	_____ Minuten
	<input type="checkbox"/> einmal pro Woche <input type="checkbox"/> 2-3 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> über 3 Mal pro Woche	_____ Minuten

Praxis/Klinik  
(Stempel)

Pat.-Initialen (Vor-Nachname) \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
interne Pat.-Nr. \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Familienstand

- allein stehend
- verheiratet
- in fester Partnerschaft
- geschieden
- verwitwet

### Fragen zu Ihrer derzeitigen Situation (Mehrere Antworten sind möglich!)

- Ich bin Hausfrau /Hausmann
- Ich bin Vollzeit berufstätig
- Ich bin Teilzeit- oder stundenweise beschäftigt
- Ich bin selbständig / freiberuflich tätig
- Ich bin arbeitslos gemeldet
- Ich bin vorgezogener Rente bzw. pensioniert
- Ich bin in Rente bzw. pensioniert

### Trinken Sie Alkohol?

- Nein, nie
- Ja, bis zu 2-3mal die Woche
- Ja, mindestens 2-3mal die Woche
- ab und zu

### Rauchen Sie?

- Nein, noch nie
- Ja, derzeit \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag
- Gelegenheitsraucher