



Fragebogen zum Befinden



Ausfülldatum: |__|_|_|·|__|_|_|·|__|_|_|
Tag Monat Jahr

Geburtsdatum: |__|_|_|·|__|_|_|·|__|_|_|
Tag Monat Jahr

1	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	beinahe jeden Tag
1.1	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.2	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.3	Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.4	Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.5	Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.6	Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.7	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.8	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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Wenn <u>eines oder mehrere</u> der bisher 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:				
	<i>(Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:)</i>				
	<input type="radio"/> überhaupt nicht erschwert				
	<input type="radio"/> etwas erschwert				
	<input type="radio"/> stark erschwert				
	<input type="radio"/> extrem erschwert				

Bitte wenden!

3	<p>Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen.</p> <p>Bitte lesen Sie jede durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie häufig die Feststellung auf Ihr Leben <u>im Allgemeinen in den letzten 2 Jahren</u> zutrifft.</p> <p>Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und lassen Sie keine Frage aus.</p>				
	fast nie manchmal häufig meistens				
3.1	Sie fühlen sich ausgeruht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2	Sie haben das Gefühl, dass zu viele Forderungen an Sie gestellt werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3	Sie haben zuviel zu tun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4	Sie haben das Gefühl, Dinge zu tun, die Sie wirklich mögen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.5	Sie fürchten, Ihre Ziele nicht erreichen zu können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.6	Sie fühlen sich ruhig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.7	Sie fühlen sich frustriert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.8	Sie sind voller Energie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.9	Sie fühlen sich angespannt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.10	Ihre Probleme scheinen sich aufzutürmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.11	Sie fühlen sich gehetzt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.12	Sie fühlen sich sicher und geschützt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.13	Sie haben viele Sorgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.14	Sie haben Spaß.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.15	Sie haben Angst vor der Zukunft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.16	Sie sind leichten Herzens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.17	Sie fühlen sich mental erschöpft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.18	Sie haben Probleme, sich zu entspannen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.19	Sie haben genug Zeit für sich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.20	Sie fühlen sich unter Termindruck.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Falls Ihnen durch das Ausfüllen des Fragebogens bewusst geworden ist, dass Sie Ihre derzeitige Lebenssituation belastet, sprechen Sie mit Ihren Freunden oder Ihrer Familie darüber. Auch Ihr Hausarzt könnte Ihnen im Umgang damit helfen.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!