

# Eingangsfragebogen

Der folgende Fragebogen enthält eine Reihe von Fragen zu Ihren bisherigen Erfahrungen und Verhaltensweisen in unterschiedlichen Lebensbereichen. Diese Informationen helfen uns, das Erstgespräch sowie die nachfolgende diagnostische Untersuchung entsprechend Ihrer individuellen Situation zu planen und zu führen.

Es ist dabei wichtig, daß Sie den Fragebogen **allein** ausfüllen, ohne andere Personen um ihr Urteil oder ihre Meinung zu bitten. Bitte beantworten Sie **jede** Frage bzw. kreuzen Sie die jeweils zutreffende der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten an. Falls Sie möchten, können Sie weitere Bemerkungen am Rand hinzufügen.

Sämtliche Antworten werden streng vertraulich behandelt. Um die Lesbarkeit Ihrer Antworten sicherzustellen, schreiben Sie bitte in Druckbuchstaben.

Bitte senden Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt und unterschrieben an unsere Anschrift zurück. Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

Ich interessiere mich für eine Behandlung bei

***Dipl.-Psych. Ch. Frenken, Privatpraxis Oldenburg***

und bitte Sie, mich telefonisch zu kontaktieren.

Datum:.....

Unterschrift:.....

## Teil 1: Angaben zur Person

Bitte tragen Sie die folgenden Informationen ein:

Heutiges Datum: \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon (privat) \_\_\_\_\_ Telefon: (dienstlich): \_\_\_\_\_

Wann sind Sie am besten telefonisch erreichbar? \_\_\_\_\_

Fax (privat): \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Planen Sie, in der nächsten Zeit umzuziehen?       Nein       Ja

Wenn ja:      Wann?      \_\_\_\_\_

Neue Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geschlecht:       Weiblich       Männlich

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Familienstand (Mehrfachangaben sind möglich):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> ledig                             | <input type="radio"/> unverheiratet mit Partner/in zusammenlebend                  |
| <input type="radio"/> verheiratet                       | <input type="radio"/> feste Partnerbeziehung, aber in getrennten Haushalten lebend |
| <input type="radio"/> zum 2. Mal oder öfter verheiratet | <input type="radio"/> keine feste Partnerbeziehung, aber sexuelle Kontakte         |
| <input type="radio"/> getrennt lebend                   | <input type="radio"/> weder feste Partnerschaft noch sexuelle Kontakte             |
| <input type="radio"/> geschieden                        |  |
| <input type="radio"/> verwitwet                         |  |

Haben Sie Kinder?       Nein       Ja

Wenn ja, geben Sie bitte Geschlecht und Geburtsdatum an:

---

Ausbildung (Mehrfachankreuzungen sind möglich):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> kein Schulabschluß | <input type="checkbox"/> Fachabitur                          |
| <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluß | <input type="checkbox"/> Abitur                              |
| <input type="checkbox"/> Realschulabschluß  | <input type="checkbox"/> Abgeschlossenes Fachhochschul- oder |
| <input type="checkbox"/> Andere:            | Hochschulstudium   |

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

Derzeitiger Beruf: \_\_\_\_\_

Derzeitiger beruflicher Status:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> vollzeit      | <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann                      |
| <input type="checkbox"/> teilzeit      | <input type="checkbox"/> in Altersrente/Pension              |
| <input type="checkbox"/> arbeitslos    | <input type="checkbox"/> erwerbsunfähig (EU-Rente) auf Dauer |
| <input type="checkbox"/> in Ausbildung | <input type="checkbox"/> erwerbsunfähig (EU-Rente) auf Zeit  |
| <input type="checkbox"/> sonstiges:    | _____  |

Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben / dienstunfähig?  Nein  Ja

**Private Krankenversicherung** /  **Berufsgenossenschaft:**

\_\_\_\_\_  
Adresse der zuständigen Geschäftsstelle:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

**Beihilfe:** \_\_\_\_\_

Adresse der zuständigen Geschäftsstelle:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Falls Sie als Angehörige/r versichert sind, geben Sie bitte die Daten des Hauptversicherten an:

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

## Teil 2: Problembeschreibung und bisherige Behandlungen

2.1 Beschreiben Sie bitte mit Ihren eigenen Worten den Anlaß für Ihren Behandlungswunsch:

2.2 Seit wann leiden Sie unter diesem Problem? \_\_\_\_\_

2.3 Waren Sie wegen diesem Problem schon in medizinischer oder psychologischer Behandlung ?  Nein  Ja

Falls ja: Wann und Wo waren Sie bisher in Behandlung?

Stationäre Behandlungen	
wo?	wann?
wo?	wann?
Ambulante Behandlungen	
wo?	wann?
wo?	wann?

2.4 In welchen Lebensbereichen fühlen Sie sich durch Ihr Problem besonders beeinträchtigt (Mehrfachankreuzungen sind möglich)?

- Partnerbeziehung  Familiensituation  
 Freizeitbereich  Berufsausbildung/ - ausübung  
 Finanzielle Situation  Körperliche Gesundheit  
 Kontakte zu anderen Menschen  Allgemeiner Bewegungsspielraum  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

2.5 Wie oder durch wen sind Sie auf die **Psychotherapeutische Praxis Schortens / Dipl.-Psych. Ch. Frenken** aufmerksam geworden?

---

2.6 Sind Sie jemals wegen einem der folgenden Probleme behandelt worden?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Depressionen  | <input type="checkbox"/> Herzprobleme (Welcher Art?)<br>_____    |
| <input type="checkbox"/> Ängste  |  |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenfunktionsstörungen  | <input type="checkbox"/> Eßprobleme                              |
| <input type="checkbox"/> Andere psychische Störungen<br>(Welcher Art: _____<br>_____)                                      | <input type="checkbox"/> Nervöse Störungen                       |
| <input type="checkbox"/> Prämenstruelle Beschwerden  | <input type="checkbox"/> Glaukom (erhöhter Augeninnen-<br>druck) |
| <input type="checkbox"/> Hormonale Beschwerden in Zu-<br>sammenhang mit Geburt   | <input type="checkbox"/> Asthma                                  |
| <input type="checkbox"/> Andere hormonale Beschwerden  | <input type="checkbox"/> Migräne                                 |
| <input type="checkbox"/> Alkohol- oder Drogenprobleme  | <input type="checkbox"/> Andere Kopfschmerzen                    |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen   | <input type="checkbox"/> Neurologische Probleme                  |
| <input type="checkbox"/> Streßbezogene Beschwerden (z.B.<br>Magengeschwür, Bluthochdruck)<br>(Welcher Art: _____<br>_____) | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck                     |
|  | <input type="checkbox"/> Kalziummangel                           |
|  | <input type="checkbox"/> Magen- oder Darmprobleme                |
|  | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüsenentzündung           |
|  | <input type="checkbox"/> Untergewicht                            |
|  | <input type="checkbox"/> Übergewicht                             |

2.7 Gab es sonst irgendwelche Probleme in Ihrem Leben, wegen derer Sie professionelle Hilfe bei einem Psychologen, einem Arzt, einer Beratungsstelle oder bei anderen Hilfe gesucht haben?       Nein       Ja

Wenn ja: Um welche Probleme handelte es sich dabei? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bei wem haben Sie Hilfe gesucht? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Art von Hilfe haben Sie erhalten? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Teil 3: Angaben zur Gesundheit

3.1 Wann sind Sie da letzte Mal von einem Arzt gründlich untersucht worden?

---

3.2 Haben Sie zur Zeit ernsthafte Probleme mit Ihrer Gesundheit?  Nein  Ja

Wenn ja: Welcher Art sind diese Gesundheitsprobleme?

---

---

Seit wann haben Sie diese Probleme? \_\_\_\_\_

Haben Ärzte Schwierigkeiten, eine körperliche Ursache für Ihre Probleme festzustellen?  Nein  Ja

3.3 Hatten Sie früher ernsthafte Probleme mit Ihrer Gesundheit?  Nein  Ja

Wenn ja: Welcher Art waren diese Gesundheitsprobleme?

---

---

Von wann bis wann hatten Sie diese Probleme? \_\_\_\_\_

Hatten die Ärzte Schwierigkeiten, eine körperliche Ursache für Ihre Probleme festzustellen?  Nein  Ja

3.4 Befürchten Sie öfters, eine schwere Krankheit zu haben?  Nein  Ja

3.5 Glauben Sie, daß Sie für Krankheiten besonders anfällig sind?  Nein  Ja

3.6 Machen Sie sich oft Sorgen wegen Ihrer körperlichen Gesundheit?  Nein  Ja

3.7 Nur für Frauen: Sind Sie schwanger?  Nein  Ja

Wenn nein:

Planen Sie, in den nächsten sechs Monaten schwanger zu werden?

Nein  Ja

## Teil 4: Medikamente und Alkohol

4.1 Nehmen Sie zur Zeit irgendwelche Medikamente (sowohl verordnete als auch nicht verordnete)?  Nein  Ja

Wenn ja: Geben Sie bitte alle Medikamente an, die Sie einnehmen, einschließlich solcher Medikamente, die Sie gegen Ängste oder Depressionen oder wegen Ihrer Eßprobleme (z.B. auch Abführmittel, appetithemmende Mittel, etc.) oder zur Vermeidung körperlicher Entzugserscheinungen oder wegen anderer psychischer Beschwerden nehmen. Geben Sie in den dafür vorgesehenen Spalten bitte den Namen des Medikamentes, die Dosis (Menge) und die Zeit an, seit der Sie das Medikament nehmen.

Medikament (Name)	Dosierung (Menge)	Seit wann?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4.2 Haben Sie in der Vergangenheit irgendwelche Medikamente eingenommen (sowohl verordnete als auch nicht verordnete)?  Nein  Ja

Wenn ja: Geben Sie bitte alle Medikamente an, die Sie eingenommen haben, einschließlich solcher Medikamente, die Sie gegen Ängste oder Depressionen oder wegen Ihrer Eßprobleme (z.B. auch Abführmittel, appetithemmende Mittel, etc.) oder zur Vermeidung körperlicher Entzugserscheinungen oder wegen anderer psychischer Beschwerden genommen haben. Geben Sie in den dafür vorgesehenen Spalten bitte den Namen des Medikamentes, die Dosis (Menge) und die Zeit an, von wann bis wann Sie das Medikament genommen haben

Medikament (Name)	Dosierung (Menge)	Seit wann?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4.3 Trinken Sie zur Zeit Alkohol?  Nein  Ja

Wenn ja: Was sind Ihre alkoholischen Lieblingsgetränke?

---

---

Wieviel Alkohol trinken Sie ungefähr in einer Woche?

---

An wie vielen Tagen in der Woche trinken Sie normalerweise Alkohol?

---

Wieviel Alkohol trinken Sie an einem Tag, an dem Sie Alkohol trinken?

---

4.4 Gab es ein Zeit in Ihrem Leben, in der Sie mehr Alkohol getrunken haben, als Sie nach Meinung anderer Leute trinken sollten?  Nein  Ja

Wenn ja: Wieviel Alkohol haben Sie damals getrunken?

---

Wann war das?

---

4.5 Sehen Sie in Ihrem derzeitigen Alkohol- und Medikamentenkonsum ein Problem? \_\_\_\_\_

4.6 Trinken Sie gezielt Alkohol, um Angst oder andere emotionale Probleme zu reduzieren?  Nein  Ja

Wenn ja, beschreiben Sie bitte: \_\_\_\_\_

---

4.7 Waren Sie früher schon einmal alkohol-, medikamenten- oder drogenabhängig?  Nein  Ja



4.8 Befanden Sie sich jemals in Ihrem Leben in ambulanter oder stationärer Behandlung wegen übermäßigem Alkohol- oder Medikamentenkonsum (gemeint sind sowohl medizinische als auch psychotherapeutische Behandlungen)?  Nein  Ja

Wenn ja: Geben Sie bitte für alle diesbezüglichen Behandlungen in den dafür vorgesehenen Spalten an, wo und wann diese stattgefunden haben und wie lange Sie anschließend abstinent geblieben sind.

Wo?	Wann	Abstinenzdauer
-----	------	----------------

---

---

Falls Sie nach einer Behandlung rückfällig wurden - was war im nachhinein betrachtet der unmittelbare Anlaß für Ihren Rückfall (Mehrfachankreuzungen sind möglich)

- unangenehmer Gefühlszustand (z.B. Depression, Langeweile, Ängste)
- körperliche Probleme (z.B. Schmerzen)
- Versuch, kontrolliert zu trinken
- Verlangen nach Suchtmittel
- Konfliktsituation (z.B. Streit am Arbeitsplatz oder mit Partner)
- Verführung durch andere (z.B. Trinkkumpane)
- Geselligkeit (z.B. Party oder Feier)

4.9 Haben Sie schon einmal ohne fremde Hilfe versucht, Ihren Alkohol- oder Medikamentenkonsum vollkommen einzustellen?  Nein  Ja

Wenn ja: Wie oft haben Sie das versucht? \_\_\_\_\_

Wie lange sind Sie hierbei abstinent geblieben? \_\_\_\_\_

Wann war das letzte Mal? \_\_\_\_\_

Wie lange sind Sie beim letzten Mal abstinent geblieben? \_\_\_\_\_

Falls Sie wieder rückfällig wurden - was war im nachhinein betrachtet der unmittelbare Anlaß für Ihren Rückfall (Mehrfachkreuzungen sind möglich)

- unangenehmer Gefühlszustand (z.B. Depression, Langeweile, Ängste)
- körperliche Probleme (z.B. Schmerzen)
- Versuch, kontrolliert zu trinken
- Verlangen nach Suchtmittel
- Konfliktsituation (z.B. Streit am Arbeitsplatz oder mit Partner)
- Verführung durch andere (z.B. Trinkkumpane)
- Geselligkeit (z.B. Party oder Feier)

## Teil 5: Angaben zu verschiedenen Problembereichen

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen zu verschiedenen Problembereichen. Bitte beantworten Sie alle Fragen, auch wenn Sie in den jeweiligen Bereichen persönlich keinerlei Schwierigkeiten haben.

5.1 Ein Panik- bzw. Angstanfall besteht aus plötzlich einsetzender intensiver Angst, Furcht oder Schrecken, oft im Zusammenhang mit dem Gefühl drohender Gefahr. Dabei treten häufig zur gleichen Zeit Herzklopfen, Herzrasen oder unregelmäßiger Herzschlag, Schwindel, Schwächegefühle, Kurzatmigkeit oder Atemnot oder Schwitzen auf. Haben Sie schon mal einen solchen Angstanfall erlebt, ohne daß eine tatsächliche Gefahr für Ihr Leben oder das Leben anderer bestand?

Nein       Ja

Wenn ja: Entstanden diese Gefühle manchmal wie aus heiterem Himmel oder während Sie allein Zuhause waren oder in Situationen, in denen Sie nicht erwarteten, daß sie auftreten?  Nein       Ja

Wie häufig treten diese Angstanfälle auf? \_\_\_\_\_

Gibt es Situationen oder Tätigkeiten, die Sie vermeiden, weil Sie fürchten, daß dabei ein solcher Angstanfall auftreten könnte?  Nein       Ja

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.2 Gibt es bestimmte Situationen oder Orte, in denen Sie aus anderen Gründen Angst haben oder die Sie vermeiden, wie beispielsweise Kaufhäuser, Autofahren, Menschenmengen, enge, geschlossene Räume, Brücken, hohe Türme oder Tunnel?

Nein       Ja

Wenn ja:, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was befürchten Sie in diesen Situationen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vermeiden Sie diese Situationen oder Orte  Nein       Ja

5.3 Haben oder hatten Sie jemals Angst vor Situationen , in denen Sie im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit anderer standen und in denen Sie befürchteten, Sie könnten etwas tun, was demütigend oder peinlich für sie wäre? Gemeint sind hier Situationen, wie beispielsweise vor anderen sprechen oder schreiben, vor anderen essen, in einer öffentlichen Toilette urinieren, Parties, Verabredungen oder aber Diskussionen oder Unterhaltungen mit anderen Menschen?  Nein  Ja

Wenn ja:

Gibt es Situationen, die Sie wegen dieser Angst vermeiden?  Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.4 Gibt es sonst irgendwelche Dinge, Situationen oder Tiere, vor denen Sie sich fürchten, wie beispielsweise Hunde, Schlangen, Spinnen, der Anblick von Blut oder Verletzungen, geschlossene Räume, Höhen, oder Flugzeuge?  Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.5 Haben Sie schon einmal wiederholt länger andauernde Ideen, Gedanken, Impulse oder Vorstellungen gehabt, die Ihnen, zumindest anfänglich, lästig oder unsinnig erschienen sind, wie z.B. die Vorstellung, sich zu verschmutzen oder zu infizieren, der Gedanke, Sie könnten einem anderen Menschen Gewalt antun oder ein dauerndes Grübeln darüber, daß etwas Schlimmes passiert sein könnte?  Nein  Ja

Wenn ja, beschreiben Sie bitte? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wieviel Zeit haben solche Gedanken am Tag etwa in Anspruch genommen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.6 Haben Sie je den Drang verspürt, irgendwelche Dinge immer wieder tun zu müssen, obwohl Sie dies selbst als übertrieben oder unvernünftig empfunden haben, wie beispielsweise mehrfach hintereinander die Hände zu waschen oder öfter hintereinander zu kontrollieren, ob sie ein elektrisches Gerät ausgeschaltet haben oder aber das Gefühl, nicht damit aufhören zu können, bestimmte Zahlenreihen zu sagen oder bestimmte Dinge anzufassen?  Nein  Ja

Wenn ja, beschreiben Sie bitte? \_\_\_\_\_

---

---

---

Wieviel Zeit haben solche Gedanken oder Handlungen am Tag etwa in Anspruch genommen? \_\_\_\_\_

---

5.7 Gab es in Ihrem Leben jemals ein belastendes Ereignis, das außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegt, wie zum Beispiel eine ernsthafte Bedrohung Ihres eigenen Lebens oder des Lebens von Menschen, die Ihnen sehr nahe standen; der plötzliche Verlust Ihres Zuhauses; daß Ihnen oder anderen Gewalt angetan wurde oder das Erleben von Unglücksfällen oder Katastrophen?  Nein  Ja

Wenn ja, beschreiben Sie dieses Erlebnis bitte: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Wann hatten Sie dieses Erlebnis? \_\_\_\_\_

Haben Sie noch lange Zeit (mehr als einen Monat) in Folge dieses Erlebnisses unter irgendwelchen körperlichen oder seelischen Beschwerden gelitten?

Nein  Ja

Wenn ja, unter welchen? \_\_\_\_\_

---

---

5.8 Machen Sie sich Sorgen um Ihr Gewicht oder Ihre Figur?  Nein  Ja

5.9 Bitte tragen Sie die folgenden Informationen ein:

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Derzeitiges Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Bitte geben Sie nachfolgend Ihr höchstes und niedrigstes Körpergewicht seit Ihrem 14. Lebensjahr ein:

höchstes Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren

niedrigstes Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren

5.10 Gab es eine Zeit, in der Sie viel weniger wogen, als Sie nach Meinung anderer Leute wiegen sollten, oder in der Sie stark abgenommen haben?  Nein  Ja

Wenn ja: Wieviel haben Sie damals gewogen? \_\_\_\_\_ kg

Wie alt waren Sie? \_\_\_\_\_ Jahre

Wie groß waren Sie? \_\_\_\_\_ cm

Aus welchem Grund haben Sie damals so wenig gewogen?

---

---

---

5.11 Von Eßanfällen spricht man, wenn in kurzer Zeit eine große Nahrungsmenge gegessen wird und man sich dabei dem Drang, zu essen ausgeliefert fühlt. Haben sie jemals einen solchen Eßanfall erlebt?  Nein  Ja

Wenn ja: Was und wieviel essen Sie während eines für Sie typischen Eßanfalles? \_\_\_\_\_

---

---

---

Haben Sie während dieser Eßanfälle das Gefühl, nicht kontrollieren zu können, was oder wieviel Sie essen?  Nein  Ja

Haben Sie schon über einen Zeitraum von drei Monaten mindestens zwei oder mehr Eßanfälle pro Woche gehabt?  Nein  Ja

Wenn ja:

Wieviele Eßanfälle hatten Sie ungefähr im letzten Jahr? \_\_\_\_\_

Wieviele Eßanfälle hatten Sie ungefähr im letzten Monat? \_\_\_\_\_

Wann hatten Sie Ihren ersten Eßanfall (Monat und Jahr)? \_\_\_\_\_

Führen Sie nach einem Eßanfall Maßnahmen wie Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln, Diäten oder Fasten durch?  Nein  Ja

Wenn ja: Welche Maßnahmen führen Sie durch?

---

---

---

---

Wann führten Sie zum ersten Mal nach einem Eßanfall Gegenmaßnahmen durch, um nicht zuzunehmen? \_\_\_\_\_

5.12 Machen Sie sich oft sehr viele Sorgen oder leiden Sie unter schlimmen Befürchtungen, ohne daß andere Menschen für Ihre Sorgen oder Befürchtungen Verständnis haben?  Nein  Ja

Wenn ja: Worüber machen Sie sich Sorgen, bzw. was befürchten Sie?

---

---

---

---

---

---

5.13 Kommt es vor, daß Sie in einer so ausgelassenen und gehobenen oder aber auch gereizten Stimmung sind, daß Sie deswegen Schwierigkeiten in Ihrer Familie, mit Ihren Freunden und Bekannten oder an Ihrem Arbeitsplatz bekommen?

Nein  Ja

Wenn ja, beschreiben Sie bitte kurz eine konkrete Situation:

---

---

---

---

5.14 Waren Sie jemals über einen Zeitraum von mehr als zwei Wochen nahezu jeden Tag niedergeschlagen und bedrückt oder hatten kein Interesse bzw. keine Freude mehr an Dingen oder Tätigkeiten, die Ihnen sonst viel bedeutet haben?

Nein  Ja

Wenn ja: Bitte kreuzen Sie im folgenden an, welche der aufgeführten Gefühle oder Zustände während dieser Zeit bei Ihnen auftraten:

- Deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme ohne Diät
- Verminderter oder gesteigerter Appetit
- Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf
- Ruhelosigkeit, ständig in Bewegung sein
- Verlangsamung der Bewegungen oder des Sprechens
- Müdigkeit oder Energieverlust
- Gefühl der Wertlosigkeit
- Schuldgefühle
- Konzentrationsverlust
- Entscheidungsunfähigkeit
- Wiederkehrende Gedanken an den Tod
- Selbstmordgedanken
- Selbstmordversuch

5.15 Leiden Sie auch gegenwärtig noch unter dieser niedergeschlagenen und bedrückten Stimmung?

Nein  Ja

Gab oder gibt es irgend etwas, das Ihrer Meinung nach mit dieser Niedergeschlagenheit bzw. Interessensverlust in Zusammenhang steht, wie beispielsweise ein trauriges oder schreckliches Ereignis oder bestimmte Medikamente, die Sie zu der Zeit einnehmen mußten?  Nein  Ja

Wenn ja: beschreiben Sie bitten, an was sie dabei denken:

---

---

---

5.16 Gab es außerhalb dieser zwei Wochen eine Zeit von mindestens zwei Jahren, in der sie mindestens jeden zweiten Tag bedrückt und niedergeschlagen waren oder in der Sie kein Interesse mehr an Dingen oder Tätigkeiten hatten, die Ihnen früher sehr viel Freude gemacht haben?  Nein  Ja

\*\*\*

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe beim Ausfüllen des Fragebogens. Bitte schauen Sie noch einmal nach, ob Sie auch wirklich alle Fragen beantwortet haben. Schicken Sie dann den Fragebogen bitte aus organisatorischen Gründen nicht an die Oldenburger Praxisadresse, sondern an

**Dipl.-Psych. Ch. Frenken**  
**Bismarckstraße 12**  
**26122 Oldenburg**

Wir werden uns nach Auswertung des Fragebogens umgehend bei Ihnen melden und mit Ihnen einen Erstgesprächstermin vereinbaren.

Vielen Dank!