

Datum: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Telefon, privat: \_\_\_\_\_ beruflich: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_



**DIAKOVERE  
HENRIETTENSTIFT**

Klinik für Psychosomatische Medizin  
Chefärztin Frau Dr. N. Sauer

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit wir ein genaueres Bild von Ihrem Befinden erhalten, möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragebögen sorgfältig auszufüllen. Ziel unserer Befragung ist es, einen möglichst umfassenden Eindruck von jedem Patienten zu bekommen, um so für jeden Einzelnen angemessene therapeutische Vorschläge entwickeln zu können.

Beantworten Sie bitte deshalb die Fragen so, wie es für Sie persönlich zutrifft; es gibt keine falschen und richtigen Antworten.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Mit Ihrer Unterschrift erlauben Sie uns die anonymisierte Auswertung für wissenschaftliche Fragestellungen. Sie können diese Einwilligung natürlich jederzeit zurückziehen.

Hannover, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

#### 1. Welche Beschwerden haben Sie zurzeit?

Bitte geben Sie hier **alle** Ihre Beschwerden und Erkrankungen an

- a) \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
- e) \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

#### 2. Wie beurteilen Sie Ihren körperlichen Gesundheitszustand in den letzten 2 Wochen?

- 0  nicht beeinträchtigt
- 1  leicht beeinträchtigt
- 2  mittelmäßig beeinträchtigt
- 3  erheblich beeinträchtigt
- 4  schwer beeinträchtigt

#### 3. Wie beurteilen Sie Ihren seelischen Gesundheitszustand in den letzten 2 Wochen?

- 0  nicht beeinträchtigt
- 1  leicht beeinträchtigt
- 2  mittelmäßig beeinträchtigt
- 3  erheblich beeinträchtigt
- 4  schwer beeinträchtigt

#### 4. Ihr Geschlecht?

- 1  männlich  
2  weiblich

#### 5. Ihr Alter?

\_\_\_\_\_ Jahre

#### 5 a. Ihr Gewicht und Ihre Körpergröße?

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_ cm

#### 6. Welcher Nationalität gehören Sie an?

- 1  deutsch  
2  andere \_\_\_\_\_

#### 7. Wie ist Ihr aktueller Familienstand?

- 1  ledig  
2  verheiratet  
3  getrennt lebend  
4  geschieden  
5  verwitwet  
6  Sonstiges

#### 8. Wie ist Ihre aktuelle Lebens- /Wohnsituation?

- 1  allein  
2  mit Partner  
3  allein mit Kind(ern)  
4  mit Partner und Kind(ern)  
5  mit Eltern  
6  in Institution  
7  Sonstiges

#### 9. Ihr höchster Schulabschluss?

- 1  noch in der Schule  
2  Haupt-/Volksschulabschluss  
3  Abschluss – Polytechnische Oberschule  
4  Realschulabschluss  
5  Fachabitur / Abitur  
6  abgeschl. (Fach-) Hochschulstudium  
7  Sonstiges

#### 10. Ihr aktueller beruflicher Status?

##### Erwerbstätig

##### Erwerbslos/

##### Nicht erwerbstätig

- |  |  |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> selbständig                           | 7 <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann                        |
| 2 <input type="checkbox"/> Mithelfende/r<br>Familienangehörige/r | 8 <input type="checkbox"/> arbeitslos                            |
| 3 <input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin                       | 9 <input type="checkbox"/> Rente (Früh-,<br>Alters-, Witwen-)    |
| 4 <input type="checkbox"/> Angestellte/r                         | 10 <input type="checkbox"/> Erwerbs/Berufs-<br>unfähigkeitsrente |
| 5 <input type="checkbox"/> Arbeiter/in                           | 11 <input type="checkbox"/> Studium / Schule                     |
| 6 <input type="checkbox"/> Sonstiges                             | 12 <input type="checkbox"/> Sonstiges                            |

#### 11. Sind Sie derzeit arbeitsunfähig?

- 0  nein  
1  ja, seit heute  
2  ja, seit \_\_\_\_\_  
 Tagen  Wochen  Monaten

#### 12. Sind Sie berentet?

- 0  nein  
1  Altersrente  
2  Zeitrente  
3  laufendes Rentenverfahren

#### 13. Wie viele Tage konnten Sie in den letzten 2 Wochen Ihren Tätigkeiten (Beruf, Haushalt, Schule, Alltag) wegen Krankheit nicht Nachgehen?

- 0  das kam gar nicht vor  
1  etwa \_\_\_\_\_ Tage

#### 14. Nehmen Sie momentan eines der folgenden Medikamente (Mehrfachnennungen möglich)?

- 0  Antidepressiva / Stimmungsaufheller  
1  Beruhigungsmittel  
2  Schlafmittel  
3  Schmerzmittel  
4  Abführmittel  
5  andere Medikamente:  
\_\_\_\_\_

**15. Waren Sie früher oder sind Sie zurzeit in psychotherapeutischer Behandlung?**

- 0  noch nie
- 1  früher
- 2  zurzeit in Behandlung

**16. Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen einen Arzt aufgesucht?**

- 0  kein mal
- 1  1-mal
- 2  2-mal
- 3  etwa \_\_\_\_\_-mal

**17. Welches Behandlungsangebot wünschen Sie sich?  
(Mehrfachankreuzungen sind möglich)**

- 1  medikamentöse Behandlung
  - 2  psychologische Beratung
  - 3  Psychotherapie
  - 4  Entspannungsverfahren  
(Autogenes Training, Entspannung nach Jacobson, Biofeedback)
  - 5  Paar- / Familiengespräch
  - 6  Unterstützung der Angehörigen
  - 7  Seelsorger
  - 8  naturheilkundliche Behandlung
  - 9  Hilfe und Beratung in sozialen Fragen
  - 10  Gesundheits- / Ernährungsberatung
  - 11  Krankengymnastik / Massagen
  - 12  Selbsthilfegruppe
  - 13  Rehabilitation / Kur
  - 14  Behandlung durch Hausarzt
  - 15  Behandlung durch fachärztliche Spezialisten
  - 16  Stationäre Aufnahme
  - 17  Sonstiges (bitte beschreiben)
-

Behandelnde Ärzte:

Hausarzt:

(Name, Anschrift)

---

Weitere Ärzte:

(Name, Anschrift)

---

---

---

Psychotherapie:

Aktuell laufende

Therapie:

(Name, Anschrift)

---

---

---

---

Früher stattgefunde  
ne Therapie:

(Name, Anschrift)

---

---

---

---

Unterstützende Maßnahmen: (z. B. Krankengymnastik)

---

---

---

---

---

Aktuelle Medikation: (z.B. Tabletten, Tropfen, Zäpfchen)

Medikamentenname:	Seit <u>wann</u> nehmen Sie das Medikament ein?	Wie nehmen Sie das Medikament ein?

## ICD-10-Symptom-Rating (ISR)

Hier ist eine Liste von Beschwerden, an denen Menschen leiden können. Einige der genannten Beschwerden könnten aktuell auf Sie selbst zutreffen. Damit bei Ihnen kein Leiden übersehen wird, bitten wir Sie eine Vielzahl möglicher Beschwerden zu beurteilen.

Bitte geben Sie jetzt an, ob eine der nachfolgenden Beschwerden in den letzten zwei Wochen (Ausnahme: vorletzte Beschwerde) auf Sie selbst zutrifft. Falls eine davon zutrifft, möchten wir auch wissen, wie stark Sie daran leiden.

Bitte beantworten Sie jetzt spontan und zügig jede der folgenden Aussagen!

Kreuzen Sie „0 = trifft nicht zu“ an, wenn Sie überhaupt nicht an der jeweiligen Beschwerde leiden,  
 kreuzen Sie „1 = trifft kaum zu“ an, wenn Sie kaum daran leiden,  
 kreuzen Sie „2 = trifft ziemlich zu“ an, wenn Sie ziemlich daran leiden,  
 kreuzen Sie „3 = trifft deutlich zu“ an, wenn Sie deutlich daran leiden und  
 kreuzen Sie „4 = trifft extrem zu“ an, wenn Sie extrem daran leiden.

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
(1) Meine Stimmung ist gedrückt/niedergeschlagen.	0	1	2	3	4
(2) An Dingen, die ich normalerweise gern mache, habe ich keine richtige Freude mehr.	0	1	2	3	4
3) Ich habe nicht genug Energie, wenn ich etwas tun will und werde schnell müde.	0	1	2	3	4
(4) Ich fühle mich wertlos/traue mir nichts zu.	0	1	2	3	4
(5) Ich bekomme unerklärliche Angstattacken oder Angst in Situationen, die anderen Menschen harmlos erscheinen.	0	1	2	3	4
(6) In starken Angstsituationen habe ich plötzlich auftretende körperliche Beschwerden, z. B. Herzklopfen/-rasen, Atemnot, Schwindel, Druck auf der Brust, Kloß im Hals, Zittern oder innere Unruhe bzw. Anspannung.	0	1	2	3	4
(7) Ich versuche bestimmte Situationen, die mir Angst machen, zu vermeiden.	0	1	2	3	4
8) Schon die Vorstellung, dass ich wieder eine Angstattacke erleiden könnte, macht mir Angst.	0	1	2	3	4
(9) Ich leide unter meinen ständig wiederkehrenden, sinnlosen Gedanken oder Handlungen, gegen die ich mich aber nicht wehren kann (z.B. Hände waschen).	0	1	2	3	4

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
(10) Ich leiste Widerstand gegen immer wiederkehrende, unsinnige Gedanken oder Handlungen, auch wenn mir das nicht immer gelingt.	0	1	2	3	4
(11) Ich leide unter quälenden, sinnlosen Gedanken oder Handlungen, die mein normales Leben beeinträchtigen.	0	1	2	3	4
(12) Ich habe das Bedürfnis, wegen unerklärlichen körperlichen Beschwerden zum Arzt zu gehen.	0	1	2	3	4
13) Ich leide unter der ständigen quälenden Sorge, körperlich krank zu sein.	0	1	2	3	4
(14) Verschiedene Ärzte versichern mir, dass ich keine ernsthafte körperliche Erkrankung habe, doch es fällt mir schwer, ihnen zu glauben.	0	1	2	3	4
(15) Ich kontrolliere mein Gewicht durch kalorienarmes Essen oder Erbrechen oder Medikamente (z.B. Abführmittel) oder ausgedehnten Sport.	0	1	2	3	4
(16) Viele meiner Gedanken kreisen um das Essen, und ich habe ständig Angst, Gewicht zuzunehmen.	0	1	2	3	4
(17) Ich beschäftige mich viel damit, wie ich Gewicht abnehmen kann.	0	1	2	3	4
(18) Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren.	0	1	2	3	4
(19) Ich denke darüber nach, mich umzubringen.	0	1	2	3	4
(20) Ich habe Schlafprobleme.	0	1	2	3	4
(21) Ich habe einen schlechten Appetit.	0	1	2	3	4
(22) Ich bin vergesslich.	0	1	2	3	4
(23) Ich leide unter immer wiederkehrenden Träumen oder Erinnerungen an schreckliche Erlebnisse.	0	1	2	3	4

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
(24) Ich habe psychische Probleme aufgrund schwerer Alltagsbelastungen (z.B. schwere Erkrankung, Verlust der Arbeit oder Trennung vom Partner).	0	1	2	3	4
(25) Meine Gefühle und Erfahrungen empfinde ich auf einmal nicht mehr als meine eigenen.	0	1	2	3	4
(26) Die Menschen und meine Umgebung erscheinen mir auf einmal unwirklich, fern, leblos.	0	1	2	3	4
(27) Ich fühle mich in der Ausübung meiner Sexualität beeinträchtigt.	0	1	2	3	4
(28) Ich habe mich in den letzten Jahren nach einer extremen Belastung (z.B. Schädel-Hirn-Verletzung, Kriegserlebnisse oder Missbrauch) dauerhaft verändert.	0	1	2	3	4
(29) Meine sexuellen Vorlieben sind eine Belastung für mich.	0	1	2	3	4

Besten Dank für Ihre Mitarbeit und Mühe !