



FRAGEN ZU IHREM BEFINDEN IN DER LETZTEN WOCHE

Woche von bis

Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Felder an, welche angeben, wie sehr die Aussage während der letzten Woche auf Sie zugetroffen haben. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Versuchen Sie sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

	NIE	MANCHMAL	ZIEMLICH OFT	MEISTE ZEIT
01 Ich fand es schwer mich zu beruhigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atem, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Ich zitterte (z.B. an den Händen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Ich fand alles anstrengend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Ich fand es schwierig mich zu entspannen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Ich fühlte mich einer Panik nahe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Ich fand mich ziemlich empfindlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Ich habe mein Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z.B. Gefühle von Herzrasen oder Herzstolpern).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Ich empfand das Leben als sinnlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auswertung durch die Praxis: D _____ A _____ S _____