

Depressionsfragebogen - PHQ-9-D

Datum:

Name und Geburtsdatum:

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen.

Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden. Bitte in der jeweiligen Spalte ein Kreuz setzen.

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Über-haupt nicht	An einzelne n Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag	Punkte (füllt die Praxis aus)
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten					
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit					
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf					
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben					
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen					
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie zu enttäuscht zu haben					
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren; z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen					
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?					
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten					
Gesamtpunkte					

Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen:

Bitte geben sie an, wie sehr diese Probleme es Ihnen insgesamt erschwert haben, Ihre Arbeit zu erledigen, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen

Überhaupt nicht erschwert	Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert