

MEDIAN Reha-Zentrum Wiesbaden Sonnenberg
Patientenfragebogen zur
Krankenvorgeschichte
Orthopädie /Rheumatologie

Name, Vorname

geboren am

Fallnummer

Sehr geehrte Rehabilitandin, sehr geehrter Rehabilitand,

bitte nehmen Sie sich Zeit und beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrer medizinischen Vorgeschichte und zu Ihrem beruflichen Werdegang.

Bitte beantworten Sie alle Fragen und kreuzen die zutreffenden Antworten an. Unterstriche und Tabellen sind für Ihre Eintragungen, bitte leserlich ausfüllen.

Dr. med. Johannes Schröter
Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Orthopädie

Datum, Unterschrift

1. Beschwerden

1.1 Jetzige Beschwerden

Bitte schildern Sie hier Ihre momentanen Beschwerden, wegen derer Sie hauptsächlich zur Rehabilitation kommen mit Angabe der Dauer, Lokalisation, Intensität, Charakter, Verlauf, Belastungsabhängigkeit:

Bitte markieren Sie auf der unten gezeichneten Linie Ihre gegenwärtige Beschwerdestärke zwischen 0 und 100 mit einem senkrechten Strich

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

(0 = keine Schmerzen)

(100 = stärkste vorstellbare Schmerzen, z. B. Zahn ziehen ohne Narkose)

Therapeutische Maßnahmen

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (bitte auch Insulin, Anti-Baby-Pille, Hormone, Schlaf- und Abführmittel angeben):

Medikamentname und Stärke	Anzahl der Tabletten, Tropfen					
	morgens	mittags	abends	nachts	täglich	bei Bedarf
<i>Beispiel: Medikament XY 50 mg</i>	1	0	1	1	X	

Sonstige Behandlungen zur Zeit: (z. B. Krankengymnastik, Psychotherapie)

Behandlung	wie oft <u>insgesamt?</u>	Behandlungszeitraum
_____	_____ Mal	_____ bis _____
_____	_____ Mal	_____ bis _____
_____	_____ Mal	_____ bis _____

Bitte tragen Sie in der Tabelle Ihre behandelnden Ärzte ein:

	Name	Straße, Nr.	PLZ Ort	Telefonnummer
operierende / vor- behandelnde Klinik				
Hausarzt				
Orthopäde				
Chirurg				
sonstiger Facharzt / Fachgebiet				

1.2 Krankheitsverlauf

Wann traten die Beschwerden erstmalig auf?

Gab es akute Ereignisse, die zu den Beschwerden geführt haben?

Welche Diagnostik wurde durchgeführt?

Welche Behandlungen sind erfolgt?

Was hat geholfen, was nicht?

1.3 Weitere bisherige Krankheiten, Unfälle und Operationen

Bitte tragen Sie in der Tabelle bisherige schwere bzw. langwierige Krankheiten (auch Berufserkrankungen, Unfälle oder Arbeitsunfälle) in zeitlicher Reihenfolge ein. Bitte geben Sie an: Jahr, Art der Erkrankung und Dauer. Kreuzen Sie bitte an, ob Sie deshalb stationär oder ambulant behandelt wurden bzw. werden.

Krankheiten, Operationen und Unfälle in zeitlicher Reihenfolge:

Jahr	Erkrankung	Dauer	stationär	ambulant
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurden bei Ihnen wegen dieser Erkrankungen wichtige Untersuchungen durchgeführt? Wenn ja, welche und wann.
Bitte bringen Sie alle Arztbriefe, Bilder, Vorbefunde, Untersuchungsergebnisse oder Gutachten (z. B. MRT/CT,- Röntgenuntersuchungen, fachärztliche Untersuchungen) mit.

Röntgen: _____ Körperregion: _____ Ungefähres Datum: _____

CT/MRT: _____ Körperregion: _____ Ungefähres Datum: _____

Sonstiges, z. B. Magen-Darmspiegelung: _____ Ungefähres Datum: _____

Haben Sie Allergien? nein ja

Falls ja,
 gegen Medikamente? nein ja Wenn ja, gegen welche? _____
 gegen Sonstiges? (z. B. Pollen) nein ja Wenn ja, gegen was? _____

Haben Sie Speisunenverträglichkeiten? nein ja

Falls ja, welche? _____

Risikofaktoren (wenn nicht bereits oben unter Krankheiten genannt)

Ist bei Ihnen folgende Erkrankung bekannt ?

Diabetes mellitus Bluthochdruck zu hohe Blutfette oder zu hohes Cholesterin Übergewicht

Haben Sie schon einmal eine Rehabilitation durchgeführt?

ja nein

Wenn ja

Rehabilitation nach Akutkrankenhaus? Wann? (Jahr): _____ Grund: _____

Sonstige Rehabilitationsverfahren? Wann? (Jahr): _____ Grund: _____

1.4 Unwillkürliches Nervensystem

Wie ist Ihr Appetit?

gesteigert normal verringert

Wie ist Ihr Durst?

gesteigert normal verringert

Mein Stuhlgang ist...

regelrecht verstopft Durchfall sehr hart sehr weich mit Blutauflagerungen

Beim Wasserlassen habe ich...

keine Beschwerden häufiges Wasserlassen Brennen beim Wasserlassen Blut im Urin

unwillkürlicher Harnabgang/Inkontinenz nächtliches Wasserlassen _____ Mal/Nacht

Haben Sie Schlafprobleme?

nein beim Einschlafen beim Durchschlafen Atemstörung während des Schlafes (Schlafapnoe)

Ich wiege _____ kg und bin _____ cm groß.

Mein Gewicht: ist seit langem unverändert.

hat zugenommen um _____ kg in den letzten _____ Monaten.

hat abgenommen um _____ kg in den letzten _____ Monaten.

Bei Gewichtsveränderungen:

Die Gewichtsveränderung war gewollt ungewollt

Husten habe ich ... keinen/selten häufig ständig

Auswurf habe ich ... keinen/selten häufig ständig

2. Sozialmedizinische Anamnese

2.1 Sozialanamnese mit Kontextfaktoren

Ich bin ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet

in einer Partnerschaft Sonstiges _____

Ich habe keine Kinder _____ Kind/Kinder

Das Kind ist/die Kinder sind _____ Jahr/Jahre alt.

Es lebt/leben _____ Kind/Kinder im Haushalt.

Wohnsituation und häusliche Versorgung

- Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus
 Erdgeschoss Etage _____

- Treppe nein ja, mit _____ Treppenabsatz/Treppenabsätzen
Aufzug nein ja

- eigener Haushalt Altenheim Pflegeheim ambulante Pflege Sonstiges _____

Ich erhalte im Leben ausreichend Unterstützung von anderen Menschen:

- nein ja

Ich habe einen eigenen Freundeskreis:

- nein ja

Es bestehen soziale Belastungen

- nein ja, durch Pflege von _____ durch _____

Es bestehen psychische Belastungen

- nein ja, durch _____

Finanzielle Situation

- Eine ausreichende Absicherung ist gegeben. Ich komme gerade so zurecht.
 Eine starke Belastung liegt vor. Eine Verschuldung liegt vor.
 Sonstiges _____

Freizeitbeschäftigung:

- nein ja, welche? _____

Sportliche Aktivitäten

- nein ja: _____ Mal pro Woche
für _____ Stunde/Stunden seit _____ Monate/Monaten/Jahr/Jahren

Risikoverhalten

- keines bekannt Nikotin _____ Zigaretten/Tag Alkohol _____
 Bewegungsmangel ungesunde Ernährung Stressbelastung
 mangelnde Abgrenzung zwischen beruflichem und privatem Leben
 gesundheitsgefährdender Sport Sonstiges: _____

Derzeitiger Erwerbsstatus

- erwerbstätig arbeitslos, seit: _____ Grund: _____
 in Ausbildung, seit _____ im Vorruhestand, seit: _____
 Hausfrau/Hausmann seit: _____
 Erwerbsminderungsrentnerin /-rentner
seit: _____ unbefristet befristet bis: _____ Grund: _____
 Altersrentnerin /-rentner, seit: _____

Laufende Sozialleistungsanträge

- nein Antrag auf berufliche Rehabilitation Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung
 Antrag auf MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit) Antrag auf GdB (Grad der Behinderung)
 Antrag auf Pflegegrad Antrag auf: _____

- Anerkennung MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit), mit _____ % Grund: _____
 Anerkennung GdB (Grad der Behinderung), von _____ Grund: _____
 Anerkennung Pflegegrad: _____ Grund: _____

Laufendes Sozialgerichtsverfahren nein ja, Art des Verfahrens _____

2.2 Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren

2.2.1 Beruflicher Werdegang

Schulabschluss nein Abitur Fachhochschulreife Mittlere Reife
 Hauptschulabschluss Sonstiges _____

Berufsausbildung nein ja

Ausbildung zum /zur	Abschluss		Wann wurde der Abschluss gemacht?
	Ja	Nein	
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Berufsleben:

Haben Sie bisher eine berufliche Tätigkeit ausgeübt? nein ja

Jahr (von – bis)	Berufsbezeichnung /Tätigkeit	Arbeitgeber
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Es erfolgte aus gesundheitlichen Gründen ein /eine

- Berufswechsel Arbeitsplatzwechsel Reduzierung der Arbeitszeit Umschulung

Wenn bekannt, wann: _____ Grund: _____

nein

2.2.2 Beschreibung der sozialversicherungspflichtigen oder freiwillig gesetzlich rentenversicherten Tätigkeit

Folgende Fragen im Abschnitt 2.2.2 sind immer auszufüllen, auch wenn Sie derzeit keiner Beschäftigung nachgehen.

Für diejenigen, die zur Zeit erwerbstätig sind:

Ich arbeite zurzeit als _____ seit: _____

Ich bin sozialversicherungspflichtig tätig. Ich bin freiwillig gesetzlich rentenversichert tätig.

Für diejenigen, die zur Zeit nicht erwerbstätig sind:

Ich habe zuletzt gearbeitet als _____

von _____ bis _____

Ich war sozialversicherungspflichtig tätig. Ich war freiwillig gesetzlich rentenversichert tätig.

Die folgenden Punkte bitten wir alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auszufüllen unabhängig von Ihrem Erwerbsstatus.

Für alle, die zurzeit erwerbstätig beziehen sich die folgenden Punkte auf die aktuelle sozialversicherungspflichtige (auch Teilzeit oder geringfügige Beschäftigung/Minijob) oder freiwillig gesetzlich rentenversicherte Tätigkeit (z. B. bei Selbstständigkeit).

Für alle, die zurzeit nicht erwerbstätig sind, beziehen sich die folgenden Punkte auf die letzte sozialversicherungspflichtige (auch Teilzeit oder geringfügige Beschäftigung/Minijob) oder freiwillig gesetzlich rentenversicherte Tätigkeit (z. B. bei Selbstständigkeit).

Der Arbeitsvertrag ist /war

unbefristet befristet bis: _____ ungekündigt gekündigt zum: _____

Die genannte Tätigkeit wird /wurde ausgeübt in

Vollzeit Teilzeit geringfügiger Beschäftigung /Minijob mit _____ Stunden pro Woche und maximal _____ Stunden pro Tag

Bitte beschreiben Sie ihre aktuelle bzw. letzte Tätigkeit, mit der Beschreibung der täglichen Arbeitsaufgaben:

(z. B. Büro mit PC-Tätigkeit, Lager bestücken etc.)

Körperliche Arbeitsschwere in % der Arbeitszeit

Heben oder Tragen von Lasten von weniger als 10 kg: nein _____ %

Heben oder Tragen von Lasten von 10 bis 15 kg: nein _____ %

Heben oder Tragen von Lasten von mehr als 15 kg: nein _____ %

Art und Gewicht der Lasten: _____

Technische Hilfsmittel/Hebehilfen nicht vorhanden vorhanden: _____

Arbeitshaltung in % der Arbeitszeit

Stehen: _____ % Gehen: _____ % Sitzen: _____ %

Spezielle Arbeitshaltungen und Anforderungen

Überkopf:

nein zeitweise mehr als zeitweise bis zur Hälfte der Arbeitszeit überwiegend ständig

Armvorhalte, Vorneige oder über Schulterhöhe:

nein zeitweise mehr als zeitweise bis zur Hälfte der Arbeitszeit überwiegend ständig

Extreme Bewegungsauslenkungen der Halswirbelsäule:

nein zeitweise mehr als zeitweise bis zur Hälfte der Arbeitszeit überwiegend ständig

Extreme Bewegungsauslenkungen der Brust- und Lendenwirbelsäule:

nein zeitweise mehr als zeitweise bis zur Hälfte der Arbeitszeit überwiegend ständig

Bücken, Hocken und Knien:

nein zeitweise mehr als zeitweise bis zur Hälfte der Arbeitszeit überwiegend ständig

Erhöhte Stand- und Gangsicherheit erforderlich, wie z. B. Gehen auf unebenem Gelände:

nein zeitweise mehr als zeitweise bis zur Hälfte der Arbeitszeit überwiegend ständig

Ersteigen von und Arbeiten auf Leitern, Gerüsten und Dächern:

nein zeitweise mehr als zeitweise bis zur Hälfte der Arbeitszeit überwiegend ständig

Erschütterungs- oder Vibrationsbelastungen:

nein zeitweise mehr als zeitweise bis zur Hälfte der Arbeitszeit überwiegend ständig

Sonstiges: _____

nein zeitweise mehr als zeitweise bis zur Hälfte der Arbeitszeit überwiegend ständig

Berufliches Kraftfahren

nicht erforderlich mit dem PKW mit dem LWK mit einem Gefahrguttransporter

mit einer Baumaschine *Art der Baumaschine:* _____

Im Durchschnitt ca. _____ Stunde /Stunden pro Tag.

Personenbeförderung

nein ja *Art der Fahrzeuges:* _____

Im Durchschnitt ca. _____ Stunde /Stunden pro Tag.

Arbeitsorganisation

Tagesschicht Früh-/Spätschicht Nachtschicht Sonstiges _____

Ich bin /war am Arbeitsplatz

zufrieden teilweise zufrieden nicht zufrieden *Grund:* _____

Ich erreiche den Arbeitsplatz/habe den Arbeitsplatz erreicht

zu Fuß mit dem Fahrrad mit dem PKW mit öffentlichen Verkehrsmitteln

Sonstiges: _____

Ein Weg dauert/dauerte ca. _____ Minuten.

Die erforderliche Gehstrecke, um den Arbeitsplatz zu erreichen, beträgt/betrug für den Hin- und Rückweg zusammen ca. _____ Meter.

Relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren

keine schwankende Temperaturen inhalative Belastungen Allergene Lärm

Erschütterungen Vibrationen Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr

häufig wechselnde Arbeitszeiten Sonstiges _____

Betriebsärztliche Betreuung vorhanden nein ja

Betriebliche Gesundheitsförderung vorhanden nein ja

Art der betrieblichen Gesundheitsförderung: _____

2.2.3 Arbeitsunfähigkeitszeiten

Ich war in den der letzten zwölf Monate vor der Aufnahme in die Rehaklinik arbeitsunfähig:

gar nicht bis unter 3 Monate bis unter 6 Monate 6 und mehr Monate nicht erwerbstätig

seit Beginn OP

Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit: _____ Diagnose: _____

Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit: _____ Diagnose: _____

Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit: _____ Diagnose: _____

Sie sind bei Aufnahme in unser Haus

arbeitsfähig arbeitsunfähig Die Arbeitsunfähigkeit besteht seit: _____

Arbeitsunfähigkeit hat durchgehend bis heute bestanden? nein ja

Wenn Sie arbeitslos sind: Wann trat die Arbeitsunfähigkeit ein?

vor Beginn der Arbeitslosigkeit oder nach Beginn der Arbeitslosigkeit

2.3 Welche Tätigkeiten und Aktivitäten im Alltag, Beruf und Freizeit fallen Ihnen schwer?

(beispielsweise spazieren gehen, Haushaltsführung, Hobbys)

3. Meine Reha-Ziele

Wir möchten, dass Sie sich ein wenig Zeit nehmen für Ihre Ziele in und vor allem nach der Rehabilitation. Damit wir diese Ziele gemeinsam erreichen, möchten wir Sie bitten, dass Sie uns genau 5 Ziele benennen, die für Sie besonders wichtig sind. Aus verschiedenen Bereichen haben wir einige Möglichkeiten für Sie zusammengestellt. Gern können Sie auch den Freitextbereich nutzen.

Schmerzlinderung			Ich möchte, dass meine Schmerzen:
	1	<input type="checkbox"/>	eine geringere Intensität haben
	2	<input type="checkbox"/>	weniger häufiger auftreten
	3	<input type="checkbox"/>	nicht mehr so lange andauern
	4	<input type="checkbox"/>	Ich möchte weniger Schmerzmittel einnehmen
Beweglichkeit	5	<input type="checkbox"/>	Ich möchte besser bewegen können:
Muskulatur	6	<input type="checkbox"/>	Die Muskelverkürzungen sollen besser werden.
	7	<input type="checkbox"/>	Meine Muskelkraft soll zunehmen:
Aufrechterhaltung/Veränderung der Körperposition			Ich möchte
	8	<input type="checkbox"/>	wieder länger und ausdauernder laufen können
	9	<input type="checkbox"/>	mich wieder besser hinlegen und aufstehen können
	10	<input type="checkbox"/>	wieder länger sitzen oder stehen können
Heben und Tragen von Gegenständen	11	<input type="checkbox"/>	Ich möchte wissen, wie ich mich wirbelsäulenschonend verhalte beim Tragen und Heben von Gegenständen im Beruf und Alltag.
	12	<input type="checkbox"/>	Ich möchte wissen wie ich mich gelenkschonend verhalte beim Tragen und Heben von Gegenständen im Beruf und Alltag.
Fortbewegung	13	<input type="checkbox"/>	Ich möchte wieder für längere Wegstrecken das Auto nutzen können
Selbstversorgung	14	<input type="checkbox"/>	Ich möchte meinen Haushalt wieder besser führen
	15	<input type="checkbox"/>	Ich möchte mich wieder belastbarer fühlen
Gemeinsame Klärung meiner beruflichen Situation			Ich möchte
	16	<input type="checkbox"/>	meine berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen
	17	<input type="checkbox"/>	meine berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen im Rahmen eine stufenweiser Wiedereingliederung
	18	<input type="checkbox"/>	wissen, wie ich meinen Arbeitsplatz ergonomisch einrichten kann
	19	<input type="checkbox"/>	informiert werden über eine innerbetriebliche Umsetzung oder Entlastung von bestimmten Tätigkeiten und diese entsprechend einleiten
	20	<input type="checkbox"/>	Informationen über die Möglichkeiten, die sich aus der Anerkennung eines Behinderungsgrades (GdB) für mich ergeben

Gemeinsame Klärung meiner Leistungsfähigkeit in der Freizeit und im Alltag			Ich möchte
	21	<input type="checkbox"/>	meinen Sport wieder aufnehmen
	22	<input type="checkbox"/>	wissen, welchen Sport ich ausüben kann
	23	<input type="checkbox"/>	mein Hobby wieder ausüben
Krankheitsbewältigung			Ich möchte
	24	<input type="checkbox"/>	wissen, wie ich im Vorfeld auf meinen Stress besser Einfluss nehmen kann
	25	<input type="checkbox"/>	wissen, wie ich Stresssituationen im Alltag und Beruf besser bewältigen kann
	26	<input type="checkbox"/>	mit meinen Schmerzen besser umgehen können
	27		wissen, wie ich auf meine Schmerzen besser Einfluss nehmen kann
	28	<input type="checkbox"/>	mehr über meine Erkrankung erfahren, um sie besser verstehen zu können
	29	<input type="checkbox"/>	mein Gewicht reduzieren
	30	<input type="checkbox"/>	Strategien erlernen, um mein Gewicht zu reduzieren
	31	<input type="checkbox"/>	mit dem Rauchen aufhören
	32	<input type="checkbox"/>	Möglichkeiten erlernen, um auf meinen Nikotinkonsum Einfluss nehmen zu können
	33	<input type="checkbox"/>	für die Zeit nach der Reha und über weitere wichtige Maßnahmen informiert werden
Eigenübungen / Hilfsmittel			Ich möchte
	34	<input type="checkbox"/>	Übungen lernen, die ich zu Hause fortsetzen kann
	35	<input type="checkbox"/>	über verschiedene Hilfsmittel informiert werden
	36	<input type="checkbox"/>	mit den nötigen Hilfsmitteln für zu Hause versorgt werden und damit umgehen können

Raum für eigene Notizen /eigene Ziele:

Psychologische Anamnese

Wir arbeiten nach einem ganzheitlichen Ansatz. Daher ist die psychologische Mitbetreuung ein fester Bestandteil. Wir bitten Sie, auch diesen Teil des Fragebogens vollständig auszufüllen. Er wird an den Psychologischen Dienst weitergeleitet und vertraulich behandelt.

Patientenaufkleber

1. Risikoverhalten

Ich rauche nicht vor kurzem aufgehört gelegentlich
 _____ Zigaretten/Tag
was? _____ (Zigaretten, Pfeifen, ...)

Alkohol trinke ich nie gelegentlich regelmäßig
was? _____ (z. B. Bier, Wein, Spirituosen, ...)
Wie viel in der Woche? _____

Drogen konsumieren ich nie gelegentlich regelmäßig
was? _____ (z. B. Cannabis, ...)
Wie oft in der Woche? _____

Ich leide unter Stress /belastenden Gefühlen eher selten eher häufig
Haben Sie ausreichend Erholung? eher ja eher nein

Haben Sie Schlafprobleme?

nein beim Einschlafen beim Durchschlafen frühes Wachwerden morgens
 Atemstörung während des Schlafes (Schlafapnoe)

2. Psychische Belastungen

Haben Sie ernsthafte Probleme mit Ihrem Lebenspartner, Ihren Kindern oder Ihrer Familie?

überhaupt nicht eher weniger eher mehr stark oder sehr stark

Leiden Sie unter Arbeitslosigkeit oder finanziellen Schwierigkeiten?

überhaupt nicht eher weniger eher mehr stark oder sehr stark

Haben Sie weitere psychische Belastungen?

nein ja

psychische Belastungen durch _____

Befinden Sie sich in laufender Psychotherapie?

nein ja

weshalb _____

Sind Sie schon einmal psychotherapeutisch behandelt worden?

nein ja

weshalb _____

Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

Bitte beurteilen Sie jeweils die Beeinträchtigung auf der Skala 0 bis 10.

(0 = keine Beeinträchtigung, 10 = stärkste Beeinträchtigung)

Beschwerden	Stärke der Beeinträchtigung										
Sorgen über Ihre Gesundheit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nervosität	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Konzentrationsschwierigkeiten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wenig oder kein sexuelles Verlangen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schwierigkeiten mit dem/r Partner/in	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ängstlichkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Belastung durch die Versorgung von Kindern, Eltern oder anderen Familienangehörigen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Anspannung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Stress bei der Arbeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Finanzielle Sorgen oder Probleme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gefühl der Unruhe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Niemand zu haben, mit dem man Probleme besprechen kann	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Leichte Ermüdbarkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Etwas Schlimmes, das vor kurzem passiert ist	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gedanken an schreckliche Ereignisse von früher oder Träume darüber	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schwierigkeiten beim Ein-/Durchschlafen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Niedergeschlagenheit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten

- überhaupt nicht an einzelnen Tagen an mehr als der Hälfte der Tage beinahe jeden Tag

Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit

- überhaupt nicht an einzelnen Tagen an mehr als der Hälfte der Tage beinahe jeden Tag

Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung

- überhaupt nicht an einzelnen Tagen an mehr als der Hälfte der Tage beinahe jeden Tag

Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren

- überhaupt nicht an einzelnen Tagen an mehr als der Hälfte der Tage beinahe jeden Tag