



Patient Health Questionnaire 9

(PHQ-9)

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Datum: _____

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?		Überhaupt Nicht	An Einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe Jeden Tag
1	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	0	1	2	3
2	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	0	1	2	3
3	Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	0	1	2	3
4	Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	0	1	2	3
5	Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	0	1	2	3
6	Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	0	1	2	3
7	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	0	1	2	3
8	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?	0	1	2	3
9	Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	0	1	2	3
Gesamtsumme:					



Pain Catastrophizing Scale (PCS)

(deutsche Version)

Hier finden Sie verschiedene Fragen vor. Bitte lesen Sie jeweils die Einleitung und füllen Sie alle nachfolgenden Fragen aus. Irgendwann im Leben erleidet jeder Mensch einmal Schmerzen. Dies können z. B. Kopf-, Zahn-, Gelenk- oder Muskelschmerzen sein. Menschen sind oft Situationen ausgesetzt, die Schmerzen verursachen wie Krankheiten, Verletzungen, Zahnbehandlungen oder Operationen. Wir sind an den Gedanken und Gefühlen interessiert, die Sie haben, wenn Sie Schmerzen erleiden. Die folgenden dreizehn Sätze beschreiben verschiedene Gedanken und Gefühle, die bei Schmerzen auftreten können. Bitte markieren Sie auf der folgenden Skala, wie stark diese Gedanken und Gefühle auf Sie zutreffen, wenn Sie Schmerzen haben.

Wenn ich Schmerzen habe, beschäftigen mich folgende Gedanken...

Bedeutung	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils-teils	Trifft eher zu	Trifft immer zu
Bewertung	0	1	2	3	4

Ich mache mir ständig Sorgen, ob die Schmerzen wohl jemals wieder aufhören werden. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Ich denke, ich kann nicht mehr. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Der Zustand ist schrecklich und ich denke, dass es nie mehr besser wird. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Der Zustand ist furchtbar und droht mich zu überwältigen. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Ich habe das Gefühl, ich halte es nicht mehr aus. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Ich bekomme Angst, dass die Schmerzen noch stärker werden. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Ich denke ständig an andere Situationen, in denen ich Schmerzen hatte. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Ich wünsche mir verzweifelt, dass die Schmerzen weggehen. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Ich kann nicht aufhören, an die Schmerzen zu denken. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Ich denke ständig daran, wie sehr es schmerzt. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Ich denke ständig daran, wie sehr ich mir ein Ende der Schmerzen herbeiwünsche. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Es gibt nichts, was ich tun kann, um die Schmerzen zu lindern. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Ich mache mir Sorgen, dass die Schmerzen auf etwas Schlimmes hindeuten. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Gesamtsumme: _____