

PHQ-9-Fragebogen zur Abgrenzung einer depressiven Störung

Patient/in:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Untersucher:	<input type="text"/>	Datum:	<input type="text"/>

Sie haben in unserer Sprechstunde über Symptome berichtet, die uns auch an eine Beteiligung einer psychosomatischen Störung denken lassen. Mit dem vorliegenden Fragebogen möchten wir besser herausfinden, wie wir Ihnen helfen können. Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit und beantworten alle Fragen.

Bitte markieren Sie zu jeder Frage die Punktzahl, die Ihrer Antwort am ehesten entspricht. **Bewerten Sie für die Beantwortung die Situation in den letzten zwei Wochen.**

Wie stark fühlten Sie sich durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt				
	nie	einzelne Tage	mehr als jeder 2. Tag	immer
Wenig Interesse oder Freude an meinen Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit oder Schwermut	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis, zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schlechte Meinung von sich selbst, Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass dies auch anderen aufgefallen ist? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

AUSWERTUNG Depression (Auszufüllen durch Arzt/Praxisteam)	
PHQ-9-Score:	<input type="text"/>