

BELASTUNGSSCREENING

Name:

Geburtsdatum:

Datum Screening:

Bewerten Sie die folgenden Aussagen zügig und ohne langes Nachdenken mit JA oder NEIN.

	NEIN	JA
1. Ich fühle mich mehr als sonst innerlich angespannt und nervös.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Das Atmen fällt mir schwer. / Ich fühle manchmal Enge oder Druck auf der Brust.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ich mache mir Vorwürfe oder habe oft ein schlechtes Gewissen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Es drehen sich ständig Gedanken oder Sorgen in meinem Kopf, ich kann selten abschalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich kann mich nur noch selten freuen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mein Herz schlägt manchmal sehr schnell ohne Grund oder es „stolpert“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich schlafe nicht gut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Mein Körper zittert oft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ich bin schneller als sonst erschöpft. / Ich fühle mich schwach.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Auch wenn ich geschlafen habe, stehe ich müde auf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ich trinke mehr Alkohol als sonst. / Ich nehme jetzt öfter Beruhigungsmittel ein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Manchmal fühlt sich alles um mich herum unwirklich an.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ich habe Verdauungsprobleme / Bauchbeschwerden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ohne körperliche Anstrengung schwitze ich, auch nachts.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ich erlebe seltsame Empfindungen und Kribbeln im Körper.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Ich habe viele wechselnde körperliche Beschwerden oder Schmerzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Meine Zukunft scheint hoffnungslos. / Ich spüre keinen Antrieb etwas zu verändern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Ich bin von mir selbst enttäuscht. / Ich lehne mich ab, so wie ich jetzt bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Ich habe in allen Dingen versagt. / Ich schäme mich für vieles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Auf mir lasten Dinge, die ich unterlassen habe oder hätte tun sollen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Ich weine mehr als früher. / Ich weine nie oder kann nicht weinen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Es fällt mir schwer mich zu konzentrieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Manchmal denke ich, es wäre besser, wenn ich nicht mehr da wäre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Ich interessiere mich weniger für Sexualität als früher.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Wenn andere Menschen mich anschauen, fürchte ich mich oder vermeide den Blickkontakt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Ich reagiere aggressiv und bin leicht reizbar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Gefühl von Leere und Stumpfheit – die Umwelt erlebe ich „wie durch eine Glasscheibe“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mir ist etwas passiert, ich kann aber darüber nicht sprechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Andere will ich nicht belasten und mache das Meiste mit mir selbst aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Ich vermeide Menschenmengen, den Supermarkt oder den ÖV.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Mein Essverhalten oder mein Gewicht hat sich stark verändert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Ich sehe Dinge oder nehme Stimmen wahr, bei denen ich nicht mehr sicher bin, dass Andere sie auch so erleben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die Auswertung und Beurteilung erfolgt ausschliesslich durch Fachpersonen.



AUSWERTUNG BELASTUNGSSCREENING

Name:	Geburtsdatum:	Datum Screening:
-------	---------------	------------------

Hinweis: Der Fragebogen dient der einfachen Sondierung bei Verdacht auf Komorbidität bei somatischen Erkrankungen und solitären psychischen Belastungen. Die Auswertung erfolgt durch den behandelnden Arzt/Hausarzt oder die behandelnde Ärztin/Hausärztin.

Ausdrücklich weisen wir darauf hin, dass die Ermittlung eines einfachen Zahlenwertes (Scores) die Anwendung einer Medikation nicht indiziert und fachärztliche Abklärung nicht ersetzt.

Der Fragebogen beruft sich auf empirisch häufige Symptomatiken. Für die Validität der durch den Fragebogen ermittelten Scores kann keine Haftung übernommen werden.

Auswertung durch den behandelnden Arzt:

1. Schritt: Zählen Sie alle mit **JA** angekreuzten Aussagen (= Score 1).
2. Schritt: Zählen Sie nun jene Aussagen, die mit **JA** angekreuzt sind **und deren Checkbox [O] fett markiert ist.** (= Score 2).
3. Schritt: Addieren Sie die Werte aus dem 1. und 2. Schritt (= Gesamt-Score).

Tragen Sie die Scores hier ein:

Score 1 max. 32 Punkte	Score 2 max. 18 Punkte	Gesamt-Score max. 50 Punkte

Zuordnung des Gesamt-Scores:

- Ab 8 Punkte:** Verdacht auf leichte psychische Belastung.
Persönlicher Leidensdruck muss genauer eingegrenzt werden, Dissimulation weitgehend ausschliessen.
- Ab 15 Punkte:** Psychische Belastung sehr wahrscheinlich, Abklärung empfohlen.
- Ab 28 Punkte:** Dringend zeitnahe fachärztliche Vorstellung empfohlen.

