

# Anamnese-Hilfe für neue PatientInnen und KlientInnen

## Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort: \_\_\_\_\_  
Krankenversicherung: \_\_\_\_\_  
Telefonnummern: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_

*Bitte nehmen Sie sich im eigenen Interesse für die Beantwortung der nun folgenden Fragen ein wenig Zeit. Sie müssen nicht zu allen Themenbereichen zusammenhängend etwas niederschreiben. Sie können auch „in mehreren Anläufen“ diesen Fragebogen ausfüllen. So, wie es Ihnen wichtig erscheint. Wenn der Platz nicht ausreicht, schreiben Sie bitte auf der Rückseite des Blattes weiter. Nur die Multiple-Choice-Fragen sollten zum Abschluss und in einem Durchgang zügig beantwortet werden. Danach versehen Sie bitte die letzte Seite mit Datum und Unterschrift. Vielen Dank für Ihre Mühe!*

### 1. Ihre Probleme, Beschwerden, Symptome

1. Bitte beschreiben Sie kurz alle Probleme, die bei Ihnen momentan zu einem Leidensdruck führen. Wie werden sie dadurch in ihrem täglich Leben beeinträchtigt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Seit wann leiden Sie auf diese Weise? \_\_\_\_\_

3. Erläutern Sie, wodurch Ihrer Meinung nach diese Beschwerden ausgelöst wurden.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Waren Sie wegen dieser Probleme schon einmal in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung?

nein     ja     ambulant     stationär

psychiatrisch     psychotherapeutisch     psychosomatisch

im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren / von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

5. Waren Sie wegen anderer psychischer Probleme in Behandlung?

- nein     ja     ambulant     stationär  
 psychiatrisch     psychotherapeutisch     psychosomatisch

im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren / von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

Grund der Behandlung: \_\_\_\_\_

Art der Behandlung: \_\_\_\_\_

Ergebnis der Behandlung: \_\_\_\_\_

Sonstige Behandlungen: \_\_\_\_\_

*Legen Sie bitte alle Ihnen zur Verfügung stehenden Berichte von Ärzten, Therapeuten oder stationären Einrichtungen bei.*

6. Haben Sie unter schweren Krankheiten gelitten (z.B. Diabetes, Krebs, TBC, Sucht) oder hatten Sie einen schweren Unfall?

Erkrankung / Unfall	von – bis / Jahr	Therapien / Eingriffe / Reha-Maßnahmen
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

7. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? (Name / Dosierung)

\_\_\_\_\_

8. Warum suchen Sie gerade jetzt psychotherapeutische Hilfe?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Auf welche Weise haben Sie bisher versucht, ohne (professionelle) Hilfe und selbstständig mit Ihren Problemen fertig zu werden, welche allgemeinen Strategien haben Sie für sich entwickelt?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Haben Sie Vermutungen, was die eigentliche Ursache für Ihre Beschwerden ist?

\_\_\_\_\_

11. Welche Erwartungen setzen Sie in die Therapie? Was soll sich wie verändern?

---

---

---

## 2. Ihre Herkunftsfamilie

1. Aus welchen Menschen bestand der Haushalt, in dem Sie aufwuchsen (1. – 14. Lebensjahr)?

Mutter / weibl. Person – Alter bei Ihrer Geburt: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Vater / männl. Person – Alter bei Ihrer Geburt: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

sonstige Bezugspersonen, die für Ihre Kindheit wichtig waren: \_\_\_\_\_

---

---

2. Beschreiben Sie bitte in wenigen Worten den Charakter Ihrer Mutter und Ihres Vaters:

Mutter: \_\_\_\_\_

---

Vater: \_\_\_\_\_

---

3. Schildern Sie bitte möglichst prägnant Ihre Beziehung zu Ihrer Mutter und zu Ihrem Vater in Ihrer Kindheit:

Mutter: \_\_\_\_\_

---

Vater: \_\_\_\_\_

---

4. Wie haben Sie die Beziehung zwischen Ihren Eltern wahrgenommen?

---

---

5. Wie war der Altersabstand zu Ihren Geschwistern (auch Stief- oder Halbg.) und wie war Ihre Beziehung zu Ihnen in der Kindheit?

---

---

---

6. Ereignisse oder besondere Einflüsse / Probleme in Ihrer Kindheit (1-14), die Ihnen heute noch sehr wichtig erscheinen, in der Reihenfolge der Wichtigkeit (bitte ruhig auf der Rückseite weiterschreiben):

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_

7. War Ihre Kindheit eher glücklich oder eher unglücklich? Warum? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Gab es in Ihrer Pubertät besondere Ereignisse oder haben Sie besondere Erfahrungen gemacht?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Wie ist das Verhältnis zu Ihren Eltern und/oder Ihren Geschwistern heute?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Ihre schulische und berufliche Entwicklung**

1. Wie waren Ihre Kontakte zu MitschülerInnen während Ihrer Schulzeit?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Wie waren Ihre schulischen Leistungen?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Bitte schildern Sie in Stichworten mit Jahreszahlen Ihren schulischen und beruflichen Werdegang (CV in Kurzform):

---

---

---

---

---

---

4. Haben Sie Ihre Arbeitsstelle / Ihren Beruf schon einmal gewechselt? Warum?

---

---

---

---

---

---

5. In welcher beruflichen Situation / Einkommenssituation befinden Sie sich momentan?

---

---

---

---

---

---

6. Wie ist Ihr Verhältnis zu Vorgesetzten und ArbeitskollegInnen?

---

---

---

---

#### 4. Ihre gegenwärtige Lebenssituation

1.  ledig     verheiratet     geschieden     getrennt lebend / seit \_\_\_\_\_  
zusammenlebend mit \_\_\_\_\_

2. Wie alt waren Sie, als Sie Ihre(n) jetzige(n) PartnerIn kennenlernten? \_\_\_\_\_ Jahre

3. Wie alt waren Sie, als Sie Ihre(n) jetzige(n) PartnerIn geheiratet haben? \_\_\_\_\_ Jahre

4. Welche Ausbildung / welchen Beruf hat Ihr(e) jetzige(r) Partner(in)? \_\_\_\_\_

---

5. Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele und wie alt sind diese? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Wie ist Ihre Beziehung zu Ihren Kindern? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Haben Sie Verwandte oder Freunde, die Sie in Krisenzeiten unterstützen / denen Sie sich anvertrauen können?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 5. Wichtige Ereignisse in Ihrer Biographie

1. Benennen Sie kurz alle Ihnen wichtig erscheinenden Ereignisse in Ihrem Leben, die von den bisherigen Fragen nicht erfasst wurden, in der Rangordnung der Wichtigkeit, die sie ihnen heute beimessen (mit Jahreszahlen).

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

2. Gab es in Ihrem Leben wichtige Partnerbeziehungen oder andere persönliche Beziehungen, die mit den bisherigen Fragen nicht erfasst wurden?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 6. Stärken in Ihrer Persönlichkeit

1. Was sind Ihre persönlichen Stärken, die Ihnen bisher ermöglicht haben, Krisen zu meistern? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Womit verbringen Sie Ihre Freizeit? Womit befassen Sie sich gerne und besonders intensiv? Was macht besonders Spaß?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Wie kommen Sie zur Ruhe? Wie entspannen und wodurch regenerieren Sie Ihre Kräfte? Welche Ressourcen haben Sie?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Der nun folgende Multiple-Choice-Fragebogen liefert eine Momentaufnahme, die nur Ihre heutige Situation widerspiegelt. (Sehr wenige Menschen würden an zwei aufeinander folgenden Tagen alle Fragen gleich beantworten ...)

Um bei dieser Vorgehensweise ein einigermaßen brauchbares Ergebnis zu erzielen, das zum Verständnis Ihrer ganz persönlichen Problematik beitragen kann, sollten Sie für die Bearbeitung einige Hinweise und Bitten beherzigen:

1. Beantworten Sie die Fragen unbedingt in der vorgegebenen Reihenfolge.
2. Es ist wichtig, dass Sie über Ihre Antworten nicht lange nachdenken. Setzen Sie Ihre Kreuze zügig dorthin, wo Sie meinen, dass die Aussage aus jetziger Sicht am ehesten zutrifft, auch wenn keine der angebotenen Alternativen Ihrer Ansicht nach völlig korrekt ist.
3. In jede Zeile machen Sie bitte nur ein Kreuz. In III. fügen Sie bitte Dinge hinzu, die Ihnen wichtig erscheinen.
4. Beantworten Sie unbedingt alle Fragen, auch wenn manche sehr ähnlich klingen.
5. Ihre Ehrlichkeit bei jeder einzelnen Frage ist für die Aussagekraft der Antworten insgesamt von großer Bedeutung.

<b>I.</b> Wie oft haben Sie <i>in Ihrem Leben bisher</i> die folgenden <i>Gefühle und Empfindungen</i> gehabt?	<b>sehr häufig</b> (= fast täglich)	<b>oft</b> (= etwa 1mal/Woche)	<b>gelegentlich</b> (= etwa alle 1-2 Monate)	<b>selten</b> (= nur wenige Male im Jahr)	<b>fast nie</b> (= nur wenige Male im Leben)
1. Wie häufig haben Sie sich glücklich gefühlt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Wie häufig haben Sie sich gesund gefühlt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Wie häufig haben Sie sich krank gefühlt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Wie häufig haben Sie Liebesgefühle gespürt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Wie häufig haben Sie Lebensfreude gespürt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Wie häufig haben Sie Selbstachtung empfunden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>II.</b> Bitte einschätzen <i>für die letzten drei Monate</i> .	<b>trifft ausgesprochen zu</b>	<b>trifft überwiegend zu</b>	<b>trifft etwas zu</b>	<b>trifft gar nicht zu</b>
1. Ich habe Freude an Hobbys / Freizeitbeschäftigungen verloren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Die Kritik anderer Menschen verletzt mich stärker als früher.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. In letzter Zeit bin ich sehr ängstlich und schreckhaft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ich weine leicht und kann mir manchmal nicht erklären, warum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich habe Angst, den Verstand zu verlieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ich fühle mich niedergeschlagen und schwermütig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich kann das, was ich lese, nicht mehr so gut verstehen wie früher.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Morgens fühle ich mich besonders schlecht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ich habe zu anderen Menschen keine innere Beziehung mehr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ich fühle, dass ich nahe daran bin, zusammenzubrechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ich habe ständig Angst, dass ich etwas Falsches sagen oder tun könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ich bin viel weniger am Liebesleben / an Sexualität interessiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Oft fühle ich mich einfach miserabel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ich komme beim besten Willen nicht mit den kleinsten Gedankenschritten voran.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Ich habe keine Gefühle mehr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>III. Bitte einschätzen für die vergangenen 14 Tage: Wie sehr litten Sie unter ...</b>		<b>sehr stark</b>	<b>stark</b>	<b>ziem- lich</b>	<b>ein wenig</b>	<b>über- haupt nicht</b>
1.	Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Nervosität oder innerem Zittern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	dem Gefühl dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Gedächtnisschwierigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Herz- und Brustschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Zittern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	schlechtem Appetit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Neigung zum Weinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.	plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.	Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.	Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.	Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.	Kreuz- /Rückenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.	dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.	Einsamkeitsgefühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.	Schwermut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31.	dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32.	dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33.	Furchtsamkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34.	Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35.	der Idee, dass andere Leute von Ihnen geheimste Gedanken wissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Bitte einschätzen <i>für die vergangenen 14 Tage:</i> <i>Wie sehr litten Sie unter ...</i>		sehr stark	stark	ziemlich	ein wenig	über- haupt nicht
36.	dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37.	dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38.	der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39.	Herzklopfen oder Herzjagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40.	Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41.	Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42.	Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43.	dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44.	Einschlafschwierigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45.	dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46.	Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47.	Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48.	Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49.	Hitzewallungen oder Kälteschauern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50.	der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51.	Leere im Kopf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52.	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53.	dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54.	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55.	Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56.	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57.	dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58.	Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59.	Gedanken an den Tod und ans Sterben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60.	dem Drang, sich zu überessen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61.	einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62.	dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63.	dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64.	frühem Erwachen am Morgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65.	zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeiten wie Berühren, Zählen, Waschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66.	unruhigem oder gestörtem Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67.	dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68.	Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69.	starker Befangenheit im Umgang mit anderen Menschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte einschätzen *für die vergangenen 14 Tage:*  
*Wie sehr litten Sie unter ...*

	<b>sehr stark</b>	<b>stark</b>	<b>ziemlich</b>	<b>ein wenig</b>	<b>über- haupt nicht</b>
70. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
71. einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
72. Schreck- und Panikanfällen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
73. Unbehagen beim Essen und Trinken in der Öffentlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
79. dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
80. dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
83. dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
85. dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
86. Schrecken erregenden Gedanken und Vorstellungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
87. dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
89. Schuldgefühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
90. dem Gedanken, dass irgendetwas mit ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
91. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
92. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
93. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
94. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
95. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
96. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
97. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_