



Name: _____

Datum: _____

Fragebogen zum Depressivitäts-Screening

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen und kreuzen Sie die für Sie zutreffende Antwort an.

Situation	Antwort	
Fühlen Sie sich oft durchgängig traurig, niedergeschlagen und hoffnungslos?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie so gut wie jedes Interesse an fast allen Dingen verloren, empfinden Sie keine Freude mehr, zum Beispiel auch an Dingen, die Ihnen gewöhnlich Freude bereiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie keinen Appetit mehr oder erheblich an Gewicht verloren? Schmeckt es Ihnen nicht mehr so wie früher?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie fast täglich unter Schlafstörungen (Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen oder frühem Erwachen am Morgen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sprechen oder bewegen Sie sich langsamer als sonst? Oder leiden Sie im Gegenteil unter einer inneren Unruhe, so dass Sie nicht still sitzen können, sondern auf und ab gehen müssen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat sich Ihr sexuelles Verlangen vermindert, oder ist es gar nicht mehr vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie kein Selbstvertrauen mehr? Fühlen Sie sich wertlos, oder machen Sie sich viele Selbstvorwürfe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren und sich Dinge zu merken, oder fallen Ihnen sogar ganz alltägliche Entscheidungen schwer?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Denken Sie häufig über den Tod nach oder sogar daran, sich das Leben zu nehmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bitte nicht ausfüllen		
Summe		