

# GESUNDHEITSFRAGEBOGEN FÜR PATIENTEN (PHQ-D)

Der international hochgeschätzte Fragebogen PHQ ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können. Der PHQ hilft, psychische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und besteht aus insgesamt 11 verschiedenen Themen-Modulen.

Für Ihr Thema Tabakentwöhnung und für unsere Auswahl-Entscheidung der für Sie am sinnvollsten passenden begleitenden medikamentösen Therapie-Unterstützung benötigen wir Ihre neun Antworten nur zu dem 2. Themenmodul, betreffend die Fragestellung Depression PHQ-D (bzw. Fragen 2a-2i).  
**BITTE MACHEN SIE IN JEDER ZEILE DER 9 FRAGEN NUR EIN KREUZ!**

Name \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weiblich  männlich Datum \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## MODUL-2 DEPRESSION (PHQ-D) - KURZVERSION

2. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt:

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Bei-nähe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DIESEN TEIL FÜLLT DER ARZT AUS**

PUNKTZAHL: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTISCHE INTERPRETATION:

\_\_\_\_\_