

10 Anhang

10.1	Soziodemographisches Datenblatt mit Zusatzfragen	177
10.2	Dokumentationsbogen Dyspepsie	179
10.3	Gießener Beschwerdebogen GBB-24	180
10.4	MOS SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand	181
10.5	Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)	184
10.6	Syndromdiagnosen im PHQ-D und Diagnosen nach ICD-10 und DSM-IV	188
10.7	Basisdokumentation Psychosomatische Grundversorgung	189

10.1 Soziodemographisches Datenblatt mit Zusatzfragen

Datum: (Tag/Monat/Jahr)

Fall-Nummer:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie werden von uns wegen gesundheitlicher Beschwerden untersucht und behandelt. Zur vollständigen Beurteilung Ihrer Beschwerden bitten wir Sie um einige Angaben. Ihre Angaben sollen uns helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Alle Ihre Antworten unterliegen vollständig der ärztlichen Schweigepflicht.

Hinweise zur Beantwortung:

fast alle Fragen sind Ankreuzfragen.

Ein Beispiel:

Wie zufrieden sind Sie mit dem Wetter?

gar nicht zufrieden [0] [1] [2] [3] [4] sehr zufrieden

Im Beispiel ist die Person ziemlich zufrieden mit dem Wetter.

Wenn Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns.

1. Wie würden Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand beschreiben?

sehr schlecht [0] [1] [2] [3] [4] sehr gut

2. Wie häufig haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Ärztin/einen Arzt aufgesucht (außer Zahnarzt)? Bitte jeden Termin als ein Mal zählen.

kein Mal 1 Mal 2-5 Mal 6-10 Mal mehr als 10 Mal und zwar: _____ (bitte die Anzahl eintragen)

3. Wie erfolgreich schätzen Sie Ihre Behandlung ein?

gar nicht erfolgreich [0] [1] [2] [3] [4] sehr erfolgreich

4. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Behandlung?

gar nicht zufrieden [0] [1] [2] [3] [4] sehr zufrieden

5. Inwieweit fühlen Sie sich von Ihrem Arzt verstanden?

gar nicht verstanden [0] [1] [2] [3] [4] sehr gut verstanden

6. Welchen Schulabschluss haben Sie?

(falls Sie mehrere Abschlüsse haben, kreuzen Sie bitte nur den höchsten an)

- Volks-/Hauptschulabschluss
 Mittlere Reife, Realschulabschluss
 Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)
 Abitur (Hochschulreife)
 Anderen Abschluss: _____
 Nichts davon, habe (noch) keinen Abschluss

7. Ihre Staatsangehörigkeit?

Deutsch andere, bitte angeben: _____

8. Wie alt sind Sie? _____ Jahre

9. Ihr Geschlecht: weiblich männlich

10. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst mitgerechnet? Zählen Sie dabei bitte auch Ihre Kinder mit.

insgesamt _____ Personen,
davon _____ Personen unter 18 Jahren (Anzahl bitte eintragen)

11. Ihr Familienstand?

ledig verheiratet geschieden verwitwet

12. Leben Sie in einer festen Partnerschaft?

lebe alleine lebe in einer festen Partnerschaft

13. Wo wohnen Sie?

- Dorf/Stadt bis 5 000 Einwohner
 Kleinstadt bis 25 000 Einwohner
 mittlere Stadt, 25 000 – 100 000 Einwohner
 Großstadt, über 100 000 Einwohner

14. Leben Sie in einer Vorortgemeinde einer Großstadt?

ja nein

15. Ihre Berufstätigkeit (bitte nur ein Kästchen ankreuzen)

- voll berufstätig
 teilweise berufstätig (halbtags, täglich einige Stunden, einige Tage pro Woche)
 in Berufsausbildung (z.B. Fachschule)
 arbeitslos gemeldet
 altershalber in Rente/pensioniert
 aus gesundheitlichen Gründen in Rente/pensioniert
 freiwillig vorzeitig in Rente/pensioniert
 ausschließlich Hausfrau/-mann; zur Zeit nicht berufstätig

Vielen Dank für die Beantwortung.

Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben noch einmal auf Vollständigkeit. Geben Sie diesen Fragebogen bitte bei uns ab.

10.2 Dokumentationsbogen Dyspepsie

1. Anamnese, abdomineller Status und Verdachtsdiagnose:

- a) Aktuelle Beschwerden: _____
- | | Nein | Ja |
|---|--------------------------|--|
| b) Magenerkrankung in der Vorgeschichte (> 6 Monate)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> welche: _____ |
| c) Einnahme von Magentherapeutika (OTC-Präparate)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> welche: _____ |
| d) Einnahme von NSAR/ASS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Konsum von Alkohol/Koffein/Nikotin (~Zig/d)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> welche: _____ |
| f) Familiäre Belastung durch GI-Erkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> welche: _____ |
| g) Besorgnis erregende Leitsymptome? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Gewichtsverlust | | <input type="checkbox"/> |
| • Übelkeit u. Erbrechen/Dysphagie > 1 Woche | | <input type="checkbox"/> |
| • Anämie- u./o. Hypovolämiezeichen | | <input type="checkbox"/> |
| • Nächtliche Schmerzen | | <input type="checkbox"/> |
| • Hämatemesis | | <input type="checkbox"/> |
| • Meläna | | <input type="checkbox"/> |
| • Symptomatik länger als 4 Wochen? | | <input type="checkbox"/> |
| h) Abdominelle Untersuchung auffällig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> und zwar: _____ |
| i) Verdachtsdiagnose mit ICD-Code: _____ | | _____ |

2. Diagnostik:

- | | Nein | Ja | patholog. Befund |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------|
| a) Labor veranlasst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | und zwar: _____ |
| b) Haemocult® veranlasst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | und zwar: _____ |
| c) Abdomensonographie veranlasst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | und zwar: _____ |
| d) ÖGD veranlasst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | und zwar: _____ |
| e) Koloskopie veranlasst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | und zwar: _____ |
| f) Stationäre Aufnahme notwendig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| g) Verdachtsdiagnose bestätigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| h) Diagnostisch gesicherte Diagnose mit ICD-Code: _____ | | | |

3. Therapie:

- | | Nein | Ja |
|--|--------------------------|--|
| a) Therapieversuch vor weiterführender Diagnostik | <input type="checkbox"/> | |
| • Diätberatung incl. Vermeidung von Noxen | | <input type="checkbox"/> |
| • Phytopharmaka | | <input type="checkbox"/> |
| • H2-Blocker | | <input type="checkbox"/> welcher? _____ |
| • PPI | | <input type="checkbox"/> welcher? _____ |
| b) Therapie nach abgeschlossener Diagnostik | <input type="checkbox"/> | |
| • Diätberatung incl. Vermeidung von Noxen | | <input type="checkbox"/> |
| • Phytopharmaka | | <input type="checkbox"/> |
| • H2-Blocker | | <input type="checkbox"/> welcher? _____ |
| • PPI | | <input type="checkbox"/> welcher? _____ |
| • Hp-Eradikation | | <input type="checkbox"/> welches Schema? _____ |
| • Operative Intervention | | <input type="checkbox"/> |

4. Therapiekontrolle:

- | | Nein | Ja |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Sinnvoll bzw. notwendig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Kontroll-Gastroskopie veranlassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Hp-Atemtest veranlassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10.3 Gießener Beschwerdebogen GBB-24

Datum: (Tag/Monat/Jahr)

Fall-Nummer:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihre gesundheitlichen Beschwerden besser beurteilen zu können, möchten wir Sie um einige zusätzliche Angaben bitten:

Im folgenden haben wir eine größere Anzahl von Beschwerden aufgeführt. Überlegen Sie bitte, an welchen dieser Beschwerden Sie wie stark leiden. Machen Sie bitte ein Kreuz im entsprechenden Kästchen. Die Beschwerden, die Sie nicht haben, erhalten natürlich ein Kreuz im „nicht-Kästchen“. Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Wenn Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns.

Ich fühle mich durch folgende Beschwerden belästigt:

nicht	kaum	einiger- maßen	erheblich	stark		Item-Nr.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwächegefühl	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzklopfen, Herzstolpern, Herzjagen	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Druck- oder Völlegefühl im Leib	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Übermäßiges Schlafbedürfnis	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gelenk- oder Gliederschmerzen	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwindelgefühl	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kreuz- oder Rückenschmerzen	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nacken- oder Schulterschmerzen	8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erbrechen	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Übelkeit	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals	11
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstoßen	12
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sodbrennen oder saures Aufstoßen	13
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen	14
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rasche Erschöpfbarkeit	15
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Müdigkeit	16
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gefühl der Benommenheit	17
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schweregefühl oder Müdigkeit in den Beinen	18
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mattigkeit	19
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	20
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magenschmerzen	21
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsweise Atemnot	22
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Druckgefühl im Kopf	23
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsweise Herzbeschwerden	24

Vielen Dank für die Beantwortung.

Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben noch einmal auf Vollständigkeit. Geben Sie diesen Fragebogen bitte bei uns ab.

10.4 MOS SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung ihres Gesundheitszustandes in den letzten 4 Wochen. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich vor der Behandlung fühlten.

(Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten das Kästchen ankreuzen, das am besten auf Sie zutrifft!)

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.

- | | |
|------------------|--------------------------|
| 1) ausgezeichnet | <input type="checkbox"/> |
| 2) sehr gut | <input type="checkbox"/> |
| 3) gut | <input type="checkbox"/> |
| 4) weniger gut | <input type="checkbox"/> |
| 5) schlecht | <input type="checkbox"/> |

2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.

- | | |
|--|--------------------------|
| 1) Derzeit viel besser als vor einem Jahr | <input type="checkbox"/> |
| 2) Derzeit etwas besser als vor einem Jahr | <input type="checkbox"/> |
| 3) Etwa so gut wie vor einem Jahr | <input type="checkbox"/> |
| 4) Derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr | <input type="checkbox"/> |
| 5) Derzeit viel schlechter als vor einem Jahr | <input type="checkbox"/> |

3. Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie in Ihrem jetzigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an.

Tätigkeit	(1) ja, stark eingeschränkt	(2) ja, etwas eingeschränkt	(3) nein, überhaupt nicht eingeschränkt
a) anstrengende Tätigkeiten , z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) mittelschwere Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verrücken, Staub saugen, kegeln, Golf spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Einkaufstaschen heben oder tragen, mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) einen Treppenabsatz steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) sich beugen, knien, bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) mehr als einen Kilometer zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) sich baden oder anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. **Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgend welche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf oder zu Hause?**

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an.

Schwierigkeiten	ja	nein
a) Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. ich musste mich besonders anstrengen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. **Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf oder zu Hause (z.B. weil sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?**

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an.

Schwierigkeiten	ja	nein
a) Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. **Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit und Ihre seelischen Probleme in den vergangenen vier Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zu Bekannten beeinträchtigt?**

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| 1) überhaupt nicht | <input type="checkbox"/> |
| 2) etwas | <input type="checkbox"/> |
| 3) mäßig | <input type="checkbox"/> |
| 4) ziemlich | <input type="checkbox"/> |
| 5) sehr | <input type="checkbox"/> |

7. **Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen vier Wochen?**

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| 1) keine Schmerzen | <input type="checkbox"/> |
| 2) sehr leicht | <input type="checkbox"/> |
| 3) mäßig | <input type="checkbox"/> |
| 4) stark | <input type="checkbox"/> |
| 5) sehr stark | <input type="checkbox"/> |

8. **Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltags-tätigkeit zu Hause und im Beruf behindert?**

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| 1) überhaupt nicht | <input type="checkbox"/> |
| 2) ein bisschen | <input type="checkbox"/> |
| 3) mäßig | <input type="checkbox"/> |
| 4) ziemlich | <input type="checkbox"/> |
| 5) sehr | <input type="checkbox"/> |

9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen vier Wochen gegangen ist.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an, welches Ihrem Befinden am ehesten entspricht.

Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen ...

Befinden	(1) immer	(2) meistens	(3) ziemlich oft	(4) manchmal	(5) selten	(6) nie
a) voller Schwung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) sehr nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) so niedergeschlagen, dass Sie nichts auf- heitern konnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) voller Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) glücklich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen vier Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.

- | | |
|-------------|--------------------------|
| 1) immer | <input type="checkbox"/> |
| 2) meistens | <input type="checkbox"/> |
| 3) manchmal | <input type="checkbox"/> |
| 4) selten | <input type="checkbox"/> |
| 5) nie | <input type="checkbox"/> |

11. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, welches Ihrem Befinden am ehesten entspricht.

	trifft ganz zu (1)	trifft weitgehend zu (2)	weiß nicht (3)	trifft weitgehend nicht zu (4)	trifft überhaupt nicht zu (5)
a) Ich schein etwas leichter als andere krank zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich bin genauso gesund wie alle anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachläßt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mühe!

10.5 Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

Dieser Fragebogen 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. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

Name: _____ Alter: _____ Geschlecht: weiblich männlich Datum _____

- 1. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?**
- | | Nicht beeinträchtigt | Wenig beeinträchtigt | Stark beeinträchtigt |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Bauchschmerzen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Rückenschmerzen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften, etc.)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Kopfschmerzen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Schmerzen im Brustbereich..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Schwindel..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Ohnmachtsanfälle..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Herzklopfen oder Herzrasen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Kurzatmigkeit..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 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 | Beinahe 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 das 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 Zeitunglesen 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"/> |

CODIERUNG: Som Syn wenn mindestens drei der Fragen 1a-m mit „stark beeinträchtigt“ beantwortet sind und adäquate physiologische Erklärungen fehlen.
 Maj Dep Syn wenn fünf oder mehr der Fragen 2a-i mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet sind und Frage 2a oder 2b darunter sind (2i auch mitzählen, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist).
 And Dep Syn wenn zwei, drei oder vier der Fragen 2a-i mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet sind und Frage 2a oder 2b darunter sind (2i auch mitzählen, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist).

3. Fragen zum Thema „Angst“.

- | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------------|
| a. Hatten Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?..... | NEIN
<input type="checkbox"/> | JA
<input type="checkbox"/> |
|---|----------------------------------|--------------------------------|

Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 5.

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Treten manche dieser Anfälle <u>völlig unerwartet</u> auf – d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmsten Angstanfall.

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | NEIN | JA |
| a. Bekamen Sie schlecht Luft?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Haben Sie geschwitzt?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Spürten Sie ein Kribbeln, oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Zitterten oder bebten Sie?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

- | | Überhaupt nicht | An einzelnen Tagen | | An mehr als der Hälfte der Tage |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| a. Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn „überhaupt nicht“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 6.

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| b. Gefühle der Unruhe, so dass Stillsitzen schwer fällt..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| c. leichte Ermüdbarkeit..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Muskelverspannungen, Muskelschmerzen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Lesen oder beim Fernsehen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CODIERUNG: Pan Syn wenn jede der Fragen 3a-d mit „JA“ und vier oder mehr der Fragen 4a-k mit „JA“ beantwortet sind.
And Ang Syn wenn Frage 5a und drei oder mehr der Fragen 5b-g mit „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet sind.

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 6. Fragen zum Thema „Essen“. | NEIN | JA |
| a. Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, <u>wieviel</u> und <u>was</u> Sie essen?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Essen Sie öfter – in einem Zeitraum von 2 Stunden – Mengen, die andere Leute als <u>ungewöhnlich groß</u> bezeichnen würden?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn „NEIN“ bei a oder b, gehen Sie bitte weiter zu Frage 9.

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| c. Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Haben Sie während der letzten 3 Monate <u>öfters</u> eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen unternommen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden? | NEIN | JA |
| a. Sich selbst zum Erbrechen gebracht?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Gefastet, d.h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mehr als eine Stunde Sport getrieben mit dem abschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, wenn Sie wie oben beschrieben (6a oder 6b) gegessen haben?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|--|--------------------------|-----------|
| 8. Wenn Sie bei einer oder mehrerer dieser Maßnahmen, die eine Gewichtszunahme vermeiden sollen, „JA“ angekreuzt haben, kam eine davon im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vor? | NEIN | JA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

- | | | |
|--|--------------------------|-----------|
| 9. Trinken Sie manchmal Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)?..... | NEIN | JA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Wenn „Nein“, gehen Sie bitt weiter zu Frage 11.

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 10. Ist bei Ihnen im Laufe der letzten 6 Monate <u>mehr als einmal</u> eine der folgenden Situationen eingetreten? | NEIN | JA |
| a. Sie haben Alkohol getrunken, obwohl Ihnen ein Arzt angeraten hat, aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Sie haben bei der Arbeit, in der Schule, bei der Versorgung der Kinder oder bei der Wahrnehmung anderer Verpflichtungen Alkohol getrunken, waren angetrunken oder „verkatert“?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Sie sind der Arbeit, der Schule oder anderen Verpflichtungen ferngeblieben oder sind zu spät gekommen, weil Sie getrunken hatten oder „verkatert“ waren?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Sie hatten Schwierigkeiten mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Gläser Alkohol bzw. zuviel getrunken hatten?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 11. Wenn eines oder mehrere der bisher in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:**

Überhaupt nicht erschwert	Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CODIERUNG: Bul Ner wenn jede der Fragen 6a,b und c und die Frage 8 mit „Ja“ beantwortet ist; Bin Eat St identisch, jedoch Frage 8 entweder „NEIN“ oder freigelassen. Alc Abu wenn mindestens eine der Fragen 10a-e mit „JA“ beantwortet ist.

12. Wie stark fühlten Sie sich in den <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Probleme beeinträchtigt?	Nicht be- einträchtigt	Wenig be- einträchtigt	Stark be- einträchtigt
a. Sorgen über Ihre Gesundheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ihr Gewicht oder Ihr Aussehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Wenig oder kein sexuelles Verlangen oder Vergnügen beim Geschlechtsverkehr.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Schwierigkeiten mit dem Ehepartner, Lebensgefährten, Freundin/Freund.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Belastungen durch die Versorgung von Kindern, Eltern oder anderen Familienangehörigen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Stress bei der Arbeit oder in der Schule.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Finanzielle Probleme oder Sorgen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Niemanden zu haben, mit dem man Probleme besprechen kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Etwas Schlimmes, das <u>vor kurzem</u> passiert ist.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Gedanken an schreckliche Ereignisse von <u>früher</u> oder Träume darüber – z.B. die Zerstörung des eigenen Heimes, ein schwerer Unfall, ein Überfall, körperliche Gewalt oder eine sexuelle Handlung unter Zwang.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Sind Sie im letzten Jahr geschlagen, getreten oder anderweitig von jemandem körperlich verletzt worden, oder hat Sie jemand zu einer ungewünschten sexuellen Handlung gezwungen?.....

NEIN JA

14. Was belastet Sie zur Zeit in Ihrem Leben am meisten? _____

15. Nehmen Sie Medikamente gegen Angst, Depressionen oder Stress?.....

NEIN JA

16. NUR FÜR FRAUEN: Fragen zum Thema „Monatsblutung, Schwangerschaft und Geburt“.

a. Wodurch wird Ihre Monatsblutung am besten beschrieben?

Monatsblutung ist unverändert	Keine Monatsblutung aufgrund von Schwangerschaft oder kürzlicher Geburt	Monatsblutung ist unregelmäßig geworden bzw. Dauer, Abstand oder Stärke haben sich verändert	Keine Monatsblutung seit mindestens einem Jahr	Monatsblutung bei Hormonersatztherapie (Einnahme von Östrogenen) oder Verhütung durch die „Pille“
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	NEIN (oder trifft nicht zu)	JA
b. Haben Sie in der Woche vor dem Beginn Ihrer Monatsblutung ausgeprägte Probleme mit Ihrer Stimmung – z.B. Depressionen, Angst, Reizbarkeit, Aggressivität oder Stimmungsschwankungen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Wenn JA: Verschwinden diese Probleme am Ende Ihrer Monatsblutung wieder?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Haben Sie während der letzten 6 Monate ein Kind geboren?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hatten Sie während der letzten 6 Monate eine Fehlgeburt?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Haben Sie Schwierigkeiten, schwanger zu werden?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.6 Syndromdiagnosen im PHQ-D und Diagnosen nach ICD-10 und DSM-IV

Tabelle 40: PHQ-D-Syndrome und zugehörige Diagnosen nach ICD-10 und DSM-IV

Syndrom	ICD-10	DSM-IV
SomSyn	F45.0 Somatisierungsstörung	300.81 Somatisierungsstörung
	F45.1 undifferenzierte Somatisierungsstörung	300.81 undifferenzierte Somatisierungsstörung
	F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung	
MajDepSyn	F32 Depressive Episode (erstmals) (leicht 32.0; mittelgradig 32.1; schwer 32.2)	296.2 Major Depression, erste Episode
	F33 Rezidivierende depressive Episode (leicht 32.0; mittelgradig 32.1; schwer 32.2)	296.3 Major Depression, rezidivierende Episode
AnDepSyn	F32.9 n.n.bez. depressive Episode (z.B. Minor Depression)	311 n.n.bez. depressive Störung (z.B. Minor Depression)
	F33.9 n.n.bez. rezidivierende depressive Störung	
	F34.1 Dysthymia	300.4 Dysthyme Störung
PanSyn	F41.0 Panikstörung	300.01 Panikstörung ohne Agoraphobie
	F40.01 Agoraphobie mit Panikstörung	300.21 Panikstörung mit Agoraphobie
AnAngSyn	F41.1 Generalisierte Angststörung	300.02 Generalisierte Angststörung
	F41.9 n.n.bez. Angststörung	300.00 n.n.bez. Angststörung
V.a. BulNerv	F50.2 Bulimia nervosa	307.51 Bulimia nervosa
V.a. BinEat	F.50.9 n.n.bez. Essstörung	307.50 n.n.bez. Essstörung
AlkAbu	F10.1 Alkohol, schädlicher Gebrauch	305.00 Alkoholmissbrauch
	F10.2 Alkohol, Abhängigkeitssyndrom	303.90 Alkoholabhängigkeit

n.n.bez. = nicht näher bezeichnet; Quelle: Vorläufiges Manual des Gesundheitsfragebogens für Patienten PHQ-D [130]

10.7 Basisdokumentation Psychosomatische Grundversorgung

Datum: (Tag/Monat/Jahr)Fall-Nummer:

Dokumentationsbeginn bei Erstkontakt
 laufender Behandlung seit _____ (Quartal/Jahr)

Folgedokumentation bei laufender Behandlung
 Behandlungsabschluss

1. **Sozialdaten:** Geschlecht: weiblich männlich
Geburtsjahr: _____
ausgeübte Tätigkeit: _____

2. **Anamnese: Aktuelle bio-psycho-soziale Belastungen** *Bitte kein Kästchen auslassen!*

- Körperliche Krankheit
- Noxen (z.B. Alkohol, Medikamente)
- Ängste
- Depressivität
- Schmerz
- Schlafstörungen
- Partnerschaft/Familie
- Beruf/Arbeitsplatz
- Unbewältigte Lebensereignisse
- Andere _____

1 = leicht
2 = mittel
3 = schwer

Derzeitige psychosoziale/psychische Problematik besteht seit: unbekannt
_____ / _____ (Quartal/Jahr)

Frühere andere psychosoziale/psychische Probleme? nein unbekannt
 ja und zwar _____

Erfahrungen mit Psychotherapie? nein unbekannt
 ja und zwar _____

Somatische Fixierung: **gar nicht** [0] [1] [2] [3] [4] **sehr stark**

Psychosoziales/psychosomatisches Krankheitsverständnis: nicht vorhanden vorhanden

3. **Aktuelle Beratungsursache(n):**

4. **Psychosoziale/psychische Diagnose(n):** _____ (wenn möglich nach ICD-10)

5. **Weitere somatische Diagnose(n):** _____ (wenn möglich nach ICD-10)

6. Maßnahmen:

Mehrfachnennungen möglich!

auf Initiative
des Arztes

auf Initiative
des Patienten

- | | |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Psychopharmaka _____ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Andere Medikation | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsruhe (AU) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Erörterung/Beratung | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Psychodiagnost. Gespräch(e) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapeut. Gespräch(e) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Entspannungsverfahren | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Paar- und Familiengespräche | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | <input type="checkbox"/> |

Überweisung/Vermittlung

- | | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> zur physikal. Therapie/Physiotherapie | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> zum Ausschluß einer somat. Erkrankung | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> zur somatischen Verlaufskontrolle | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> zur ambulanten Psychotherapie | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> in Selbsthilfegruppe | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> an eine Beratungsstelle | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Antrag auf Reha-Maßnahme | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> stationärer Aufenthalt in _____ | <input type="checkbox"/> |

Anmerkungen _____

Wichtigkeit kollegialer Austausch: **sehr unwichtig** [0] [1] [2] [3] [4] **sehr wichtig**

7. Ergebnis:

Haben Sie das Gefühl, dass der Patient Sie verstanden hat? (dieser Kontakt)

gar nicht [0] [1] [2] [3] [4] **sehr gut**

Erfolg der Behandlung:

gar nicht erfolgreich [0] [1] [2] [3] [4] **sehr erfolgreich**

Zufriedenheit des Patienten mit der Behandlung:

gar nicht zufrieden [0] [1] [2] [3] [4] **sehr zufrieden**

NICHT AUSFÜLLEN BEI ERSTKONTAKT!

Beschwerden seit letztem Kontakt:

stark verschlechtert [0] [1] [2] [3] [4] **stark verbessert**

Familienangehörige seit letztem Kontakt in die Behandlung einbezogen? ja
 nein

Kollegialer Austausch hat stattgefunden? (seit letztem Kontakt)

nein ja und zwar: psych.(tel.)Konsiliar/Beratung
 in einer Balintgruppe
 im Qualitätszirkel
 sonstiger Austausch _____

Anzahl der Konsultationen im letzten Quartal: _____

Anzahl der Überweisungen im letzten Quartal: _____

AU im letzten Quartal in Wochen: _____

MUSTER