

# Psychosoziales Screening bei chronischer Erkrankung – Patientenversion

Datum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Geb.-datum \_\_\_\_\_

Geschlecht     weiblich     männlich     divers

**Lieber Patient, liebe Patientin,**

wir möchten Dich bitten, den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen. Damit kannst Du uns helfen, Deine chronische Erkrankung besser zu verstehen und Dich besser zu behandeln.

*Gender-Hinweis: In diesem Fragebogen wird das generische Maskulinum aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwendet. Alle verwendeten Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter, sofern nicht anders angegeben.*

**Die folgenden Fragen beziehen sich auf Deine aktuelle gesundheitliche Situation**

In der letzten Woche: Hast Du Dich fit und wohl gefühlt?	<input type="radio"/> überhaupt nicht	<input type="radio"/> ein wenig	<input type="radio"/> mittelmäßig	<input type="radio"/> ziemlich	<input type="radio"/> sehr
In der letzten Woche: Bist Du voller Energie gewesen?	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> oft	<input type="radio"/> immer
Wie würdest Du Dein seelisches Befinden derzeit beschreiben? Dazu gehören auch Deine Gefühle, Deine Fähigkeit, Dich zu konzentrieren und Deine Fähigkeit, klar zu denken.	<input type="radio"/> schlecht	<input type="radio"/> weniger gut	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> sehr gut	<input type="radio"/> ausgezeichnet

**Die folgenden Fragen beziehen sich auf die chronische Erkrankung, wegen der Du aktuell vorstellig wirst.**

***(Erkrankungsbedingte Belastungen)***

Belastungen durch die Erkrankung	1 nicht belastend	2 kaum belastend	3 etwas belastend	4 ziemlich belastend	5 sehr belastend
Wie belastend war für Dich der <u>Erkrankungsbeginn</u> ?					
Wie belastend sind für Dich die <u>aktuellen Symptome</u> ?					

***(Mehrfachnennungen sind möglich)***

Wer ist außer Dir selbst am meisten durch Deine Erkrankung belastet?	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Geschwister	<input type="checkbox"/> Großeltern	<input type="checkbox"/> Andere	<input type="checkbox"/> Niemand	
Folgende Personen nehmen Deine Erkrankung nicht ernst.	<input type="checkbox"/> Familie	<input type="checkbox"/> Freunde	<input type="checkbox"/> Ärzte	<input type="checkbox"/> Mitschüler	<input type="checkbox"/> Lehrer	<input type="checkbox"/> Andere	<input type="checkbox"/> Niemand
Folgende Personen haben wegen Deiner Erkrankung Dir gegenüber eine negative Haltung.	<input type="checkbox"/> Familie	<input type="checkbox"/> Freunde	<input type="checkbox"/> Ärzte	<input type="checkbox"/> Mitschüler	<input type="checkbox"/> Lehrer	<input type="checkbox"/> Andere	<input type="checkbox"/> Niemand

Im Folgenden bitten wir Dich einzuschätzen, wie es vor und seit Erkrankungsbeginn, sowie aktuell war bzw. ist.  
(Symptome, Ressourcen)

<b>0 = nein, 1 = ab und zu, 2 = durchgehend</b>									
<b>Ich...</b>	<u>Vor</u>			<u>Seit</u>			<u>aktuell</u>		
	Erkrankungs-			Erkrankungs-					
	beginn			beginn					
	aufgetreten			aufgetreten					
1. ... habe/hatte sehr gute Schul-/Examensnoten.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
2. ... mache/machte mehrmals in der Woche Sport.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
3. ... mache/machte Leistungssport.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
4. ... spiele/spielte mehrere Instrumente.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
5. ... bin/war Klassensprecher.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
6. ... fühle/fühlte mich in meinem Alltag beeinträchtigt.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
7. ... habe/hatte den Alltag beeinträchtigende körperliche Symptome (außer Schmerzen).	0	1	2	0	1	2	0	1	2
8. ... habe/hatte den Alltag beeinträchtigende Schmerzen.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
9. ... habe/hatte Angst oder ein schlechtes Gefühl, wenn ich über meine körperlichen Symptome oder meinen Gesundheitszustand nachdenke/nachdachte.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
10. ... habe/hatte Angst, dass ich nicht mehr gesund werde.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
11. ... mache/machte mir Sorgen um die Zukunft.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
12. ... habe/hatte Angst, den Anschluss in der Schule/Ausbildung/im Studium zu verlieren.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
13. ... habe/hatte Angst, meine Freunde zu verlieren.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
14. ... habe/hatte das Gefühl, dass meine Familie sehr belastet ist.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
15. ... habe/hatte Angst, dass meine Familie in finanzielle Schwierigkeiten kommt.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
16. ... habe/hatte Angst, dass meine Familie in berufliche Schwierigkeiten kommt.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
17. ... bin/war durch medizinische Behandlungen sehr belastet.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
18. ... habe/hatte Schwierigkeiten vor anderen zu sprechen.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
19. ... bin/war furchtsam und ängstlich.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
20. ... bin/war lustlos, interessenlos.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
21. ... fühle/fühlte mich einsam.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
22. ... bin/war traurig.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
23. ... habe/hatte lebensmüde Gedanken.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
24. ... ziehe/zog mich zurück.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
25. ... verletze/verletzte mich selbst.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
26. ... habe/hatte große Schuldgefühle.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
27. ... habe/hatte Schlafprobleme.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
28. ... esse/aß zu viel; zu wenig.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
29. ... habe/hatte viele Sorgen.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
30. ... kann/konnte mich nicht lange konzentrieren.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
31. ... kann/konnte mir wenig merken.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
32. ... bin/war ungeduldig.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
33. ... denke/dachte nicht nach, bevor ich handele/handelte.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
34. ... kann/konnte mich schlecht entspannen.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
35. ... muss/musste bestimmte Dinge wiederholen, wie unter Zwang.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
36. ... fühle/fühlte mich völlig hilflos und ausgeliefert.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
37. ... habe/hatte keine Kontrolle mehr über mein Leben.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
38. ... habe/hatte Angst, die Kontrolle über den Körper zu verlieren.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
39. ... fühle/fühlte mich hoffnungslos.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
40. ... nutze/nutzte das Internet, wenn ich traurig bin/war.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
41. ... nutze/nutzte das Internet, auch wenn ich schlafen soll/sollte.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
42. ... habe/hatte Verhaltensprobleme (Wut, Aggression, Stehlen, Lügen).	0	1	2	0	1	2	0	1	2

<b>0 = nein, 1 = ab und zu, 2 = durchgehend</b>	<u>Vor</u> Erkrankungs- beginn aufgetreten			<u>Seit</u> Erkrankungs- beginn aufgetreten			<u>aktuell</u>		
<b>Ich...</b>	0	1	2	0	1	2	0	1	2
43. ... habe/hatte Probleme mit Einnässen, Einkoten.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
44. ... konsumiere/konsumierte zu viel Alkohol/Drogen.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
45. ... höre/hörte Stimmen/Geräusche, die nicht da sind/waren.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
46. ... verhalte/verhielt mich zu jung/zu alt für mein Alter.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
47. ... habe/hatte andere Probleme.	0	1	2	0	1	2	0	1	2

Jetzt bitten wir Dich einzuschätzen, wie es **jemals**, in der Zeit **unmittelbar vor** Erkrankungsbeginn und **aktuell** war bzw. ist. (**Allgemeine Belastungen**)

<b>Allgemeine Belastungen</b>	<u>Jemals</u>	<u>Unmittelbar vor</u> Erkrankungs- beginn	<u>Aktuell</u>
Meine Eltern haben sich getrennt/sind geschieden.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ein Familienmitglied ist/war körperlich krank.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ein Familienmitglied ist/war psychisch krank.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ein Familienmitglied ist gestorben.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ein Familienmitglied ist/war im Gefängnis.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ein Familienmitglied hat/hatte Alkohol- oder Drogenprobleme.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ich werde/wurde von Familienmitgliedern so stark geschlagen, dass ich verletzt wurde.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ich werde/wurde auf sexuelle Art und Weise angefasst ohne dass ich das wollte.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Meine Eltern kümmern sich nicht genügend/haben sich nicht genügend um mich gekümmert (zu wenig Essen, schmutzige Kleidung).	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ich werde/wurde von Familienmitgliedern sehr oft beschimpft oder beleidigt.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wir als Familie haben/hatten wenig Geld zur Verfügung.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ich werde/wurde im Kindergarten/in der Schule/Ausbildung/ Studium gemobbt (ausgegrenzt, beleidigt oder geschlagen).	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Im Folgenden geht es ausschließlich um **Deine Belastungen** im Zusammenhang mit den früheren **Coronamaßnahmen**. (**Pandemiebedingte Belastungen**)

<b>Die Coronamaßnahmen in Bezug auf...</b>	1 waren nicht belastend	2 waren kaum belastend	3 waren etwas belastend	4 waren ziemlich belastend	5 waren sehr belastend	nicht zu- treffend
... die Veränderungen insgesamt?						
... die Schule/Ausbildung/das Studium betreffenden Veränderungen (z.B. Homeschooling)?						
... die familiären Veränderungen (z.B. schlechte Stimmung/Streit zuhause)?						
... die Veränderungen mit Deinen Freunden (z.B. weniger Kontakt/Schwierigkeiten in Beziehungen)?						
... die Veränderungen bei außerhäuslichen Aktivitäten (z.B. Sport)?						
... die Veränderungen der beruflichen Situation Deiner Eltern?						
... andere:						