ICD-F-Screening Fragebogen

Name: _____ Datum: _____

Es folgen einige Fragen zu typischen Symptomen. Bitte prüfen Sie, ob Sie diese Symptome aktuell haben und/oder früher einmal hatten. Falls Sie sich nicht ganz sicher sind, kreuzen Sie „möglich“ an.

A Hier folgen einige Beispiele mit der Bitte, jeweils zu entscheiden, ob Sie vor den folgenden Situationen oder Dingen Angst haben oder ob Sie diese möglichst vermeiden:

1.	Plötzliche und unerwartete Angst, ohne dass reale Gefahren vorliegen?	Nein	Ja	möglich	aktuell	früher
2.	Bestimmte Situationen und Orte, wie z.B. Kaufhäuser, Autofahren, Menschenmengen, Fahrstühle oder geschlossene Räume?	Nein	Ja	möglich	aktuell	früher
3.	Situationen, in denen Sie von anderen Menschen beobachtet oder bewertet werden könnten wie z.B. öffentliches Sprechen, Zusammenkünfte, Partys oder Gespräche?	Nein	Ja	möglich	aktuell	früher
4.	Bestimmte Dinge wie z.B. Tiere, Höhen, Flugreisen oder der Anblick von Blut und Verletzungen?	Nein	Ja	möglich	aktuell	früher
5.	Leiden Sie häufig unter unangemessen starken Sorgen, z.B. über familiäre, berufliche oder finanzielle Angelegenheiten?	Nein	Ja	möglich	aktuell	früher
6.	Haben Sie schon einmal ein extrem belastendes, lebensbedrohliches oder traumatisches Ereignis erlebt, nach dem es Ihnen sehr schlecht ging, wie z.B. eine Vergewaltigung, andere Gewalttaten	Nein	Ja	möglich	aktuell	früher
7.	Gibt es unangenehme oder unsinnige Gedanken, die Sie nicht aus Ihrem Kopf verbannen können?	Nein	Ja	möglich	aktuell	früher
8.	Gibt es unangenehme oder unsinnige Handlungen, die Sie immer wieder ausführen müssen, z.B. Händewaschen, Fenster, Türen oder den Herd kontrollieren?	Nein	Ja	möglich	aktuell	früher

B Hier folgen einige Fragen zu Stimmungsschwankungen oder länger anhaltenden Stimmungen. Gab es schon einmal Zeiten, in denen Sie …

1.	… sich mindestens zwei Wochen lang depressiv, traurig und niedergeschlagen fühlten, hoffnungslos waren oder gar kein Interesse selbst an angenehmen Dingen hatten?	Nein	Ja	möglich	aktuell	früher
2.	… sich über einen langen Zeitraum (mindestens zwei Jahre) die meiste Zeit niedergeschlagen oder traurig fühlten?	Nein	Ja	möglich	aktuell	früher
3.	… mindestens eine Woche lang sich ganz extrem hochgestimmt oder reizbar fühlten?	Nein	Ja	möglich	aktuell	früher

C Es folgen einige Fragen zu körperlichen Beschwerden und zum körperlichen Befinden

1. Haben Sie gegenwärtig oder hatten Sie in der Vergangenheit körperliche Beschwerden oder Krankheiten?	Nein	Ja	möglich	aktuell	früher
2. Fürchten Sie öfters, dass Sie eine schwere Krankheit haben?	Nein	Ja	möglich	aktuell	früher
3. Hatten Sie bereits vor Ihrem 30. Lebensjahr viele körperliche Probleme?	Nein	Ja	möglich		
4. Hatten Sie schon einmal mindestens sechs Monate lang so starke Schmerzen, dass Sie sich fast ständig damit beschäftigten?	Nein	Ja	möglich	aktuell	früher
5. Haben Sie jemals so etwas erlebt wie eine Lähmung, Verlust der Stimme oder des Sehens oder Gehbeschwerden?	Nein	Ja	möglich	aktuell	früher

D Nun folgen einige Fragen zu Gewicht und zu Konsum von Nahrungsmitteln und anderer Substanzen

1. Wie groß sind Sie? Wie viel wiegen Sie?	_____ cm			_____ kg	
2. Was war Ihr niedrigstes bzw. höchstes Gewicht im Erwachsenen-alter?	_____ kg			_____ kg	
3. Haben Sie große Angst davor, zu dick zu sein oder zu werden bzw. machen Sie sich große Sorgen um Ihre Figur und Ihr Gewicht?	Nein	Ja	möglich	aktuell	früher
4. Haben Sie schon einmal viel weniger gewogen, als Sie nach Meinung anderer Leute wiegen sollten oder haben Sie schon einmal stark abgenommen?	Nein	Ja	möglich	aktuell	früher
5. Haben Sie schon einmal Heißhungerphasen oder Essanfälle gehabt, d.h. sehr viel in sehr kurzer Zeit gegessen?	Nein	Ja	möglich	aktuell	früher
6. Führen Sie selbst Erbrechen herbei?	Nein	Ja	möglich	aktuell	früher
7. Nehmen Sie irgendetwas zu sich, um Ihre Stimmung zu beeinflussen oder Schlafen zu können, z.B. Alkohol, Drogen und/oder Medikamente?	Nein	Ja	möglich	aktuell	früher

E Zum Schluss folgen Fragen zu bestimmten Wahrnehmungen und Erlebensweisen. Haben Sie schon einmal in Ihrem Leben eigenartige oder ungewöhnliche Erfahrungen gemacht, wie zum Beispiel …

1. … Hören oder Sehen von Dingen oder Stimmen, die andere Menschen nicht bemerkten oder wenn niemand in der Nähe war?	Nein	Ja	möglich	aktuell	früher
2. Hatten Sie den Eindruck, dass etwas Eigenartiges um Sie herum vorging; dass Menschen Dingen taten, um Sie zu testen oder Ihnen zu schaden, so dass Sie ständig aufpassen mussten?	Nein	Ja	möglich	aktuell	früher
3. Hatten Menschen Schwierigkeiten, Sie zu verstehen, weil Ihre Sprache durcheinander war oder keinen Sinn machte?	Nein	Ja	möglich	aktuell	früher