

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN FÜR PATIENTEN (Kurzform PHQ-D) (German version of the PHQ-9)				72883
THIS SECTION FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY.				
Were data collected? No <input type="checkbox"/> (provide reason in comments) If Yes , data collected on visit date <input type="checkbox"/> or specify date: _____ <div style="text-align: right; font-size: small;">DD-Mon-YYYY</div>				
<i>Comments:</i>				
Only the patient (subject) should enter information onto this questionnaire.				
Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Bei-nahе jeden Tag
1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	0	1	2	3
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	0	1	2	3
3. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	0	1	2	3
4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	0	1	2	3
5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	0	1	2	3
6. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	0	1	2	3
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	0	1	2	3
8. 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?	0	1	2	3
9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	0	1	2	3
SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY _____ + _____ + _____ + _____ =Total Score: _____				
Wenn <u>eines oder mehrere</u> der bisher in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie <u>sehr</u> diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:				
Überhaupt nicht erschwert <input type="checkbox"/>	Etwas erschwert <input type="checkbox"/>	Relativ stark erschwert <input type="checkbox"/>	Sehr stark erschwert <input type="checkbox"/>	
Copyright © 2005 Pfizer, Inc. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung. EPI0905.PHQ9P				
Hiermit bestätige ich die Korrektheit der Informationen auf dieser Seite.	Initialen des Patienten:		Datum:	