

# GESUNDHEITSFRAGEBOGEN FÜR PATIENTEN-9 (PHQ-9)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen  
durch folgende Beschwerden beeinträchtigt?

(Bitte markieren Sie die zutreffende Antwort mit "✓")

	Nie	An manchen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe 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 übermäßiger Schlaf	0	1	2	3
4. Müdigkeit oder das Gefühl, wenig Energie zu haben	0	1	2	3
5. Verminderter Appetit oder stark gesteigerter Appetit	0	1	2	3
6. Schlechte Meinung von sich selbst — oder das Gefühl, versagt oder die Familie enttäuscht zu haben	0	1	2	3
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitung lesen oder Fernsehen	0	1	2	3
8. So stark verlangsamte Bewegungen oder Sprache, dass es anderen auffiel; oder vielmehr so „zappelig“ oder rastlos, dass Sie einen ungewöhnlich starken Bewegungsdrang hatten	0	1	2	3
9. Gedanken, dass es besser für Sie wäre, tot zu sein oder dass Sie sich irgendwie Schmerzen oder Verletzungen zufügen möchten	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

=Total Score: \_\_\_\_\_

Wenn Sie eines oder mehrere Probleme angehakt haben, geben Sie bitte an, wie stark diese Probleme Sie bei Ihrer Arbeit, beim Haushalt oder im Umgang mit Ihren Mitmenschen belastet haben.

Überhaupt nicht  
belastend

Etwas belastend

Relativ stark  
belastend

Sehr stark  
belastend