

PATIENTENGEZONDHEIDSVRAGENLIJST-9 (PHQ-9)

Hoe vaak hebt u in de afgelopen 2 weken last gehad van één of meer van de volgende problemen? (Omcirkel het antwoord dat voor u van toepassing is)	Helemaal niet	Meerdere dagen	Meer dan de helft van de dagen	Bijna elke dag
1. Weinig interesse of plezier in activiteiten	0	1	2	3
2. U neerslachtig, depressief of wanhopig voelen	0	1	2	3
3. Moeilijk inslapen, moeilijk doorslapen of te veel slapen	0	1	2	3
4. U moe voelen of gebrek aan energie hebben	0	1	2	3
5. Weinig eetlust of overmatig eten	0	1	2	3
6. Een slecht gevoel hebben over uzelf, het gevoel hebben dat u een mislukking bent of dat u zichzelf of uw familie teleurgesteld hebt	0	1	2	3
7. Problemen om u te concentreren, bijvoorbeeld om de krant te lezen of om tv te kijken	0	1	2	3
8. Zo traag bewegen of zo langzaam spreken dat andere mensen dit opgemerkt kunnen hebben? Of het tegenovergestelde: zo zenuwachtig of rusteloos zijn dat u veel meer beweog dan gebruikelijk	0	1	2	3
9. De gedachte dat u beter dood zou kunnen zijn of de gedachte uzelf op een bepaalde manier pijn te doen	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Als u enig probleem hebt aangekruist, hoe moeilijk maakten deze problemen het dan voor u om uw werk of uw taken in en om het huis te doen, of om met andere mensen om te gaan?

Helemaal niet moeilijk <input type="checkbox"/>	Enigszins moeilijk <input type="checkbox"/>	Erg moeilijk <input type="checkbox"/>	Extreem moeilijk <input type="checkbox"/>
--	--	--	--

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTE DU PATIENT-9 (PHQ-9)

Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence les problèmes suivants vous ont-ils perturbé(e) ?
(Veuillez entourer le chiffre correspondant à votre réponse)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), d'avoir déçu sa famille ou de s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Si vous êtes concerné(e) par au moins un des problèmes mentionnés ci-dessus, ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

**Pas du tout
difficile(s)**

**Assez
difficile(s)**

**Très
difficile(s)**

**Extrêmement
difficile(s)**

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN FÜR PATIENTEN - 9 (PHQ-9)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?
(Bitte markieren Sie die zutreffende Antwort mit "✓")

	Überhaupt nicht	An einzelnen 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- und durchzuschlafen oder übermäßig viel Schlaf	0	1	2	3
4. Müdigkeit oder das 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; das 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

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Wenn eines oder mehrere der oben 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

Stark erschwert

Extrem erschwert

Entwickelt von Dr. Robert L. Spitzer, Dr. Janet B.W. Williams, Dr. Kurt Kroenke und Kollegen, mit Forschungsbeihilfe von Pfizer Inc. Für die Vervielfältigung, Übersetzung, Darstellung oder Verteilung ist keine Genehmigung erforderlich.