

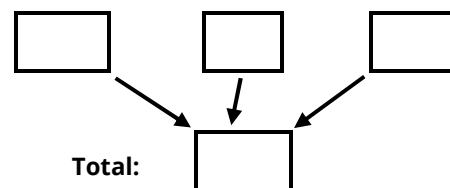
Depression – PHQ-9-Fragebogen

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Erhebungsdatum: _____

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	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis, zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil zappelig, ruhelos und hatten einen stärkeren Bewegungsdrang?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Summen:



Grobe Auswertung:

- 5-9 Punkte: Verdacht auf leichte Depression
- 10-14 Punkte: Verdacht auf mittelgradige Depression
- 15-27 Punkte: Verdacht auf schwere Depression

Wenn Sie im Fragebogen 5 oder mehr Punkte erreichen, empfehlen wir Ihnen eine ausführliche diagnostische Abklärung. Nehmen Sie Kontakt mit Ihrer Hausärztin oder Ihrem Hausarzt auf. Informationen finden Sie auch unter **www.deutsche-depressionshilfe.de**, am «Info-Telefon Depression» **0800 33 44 533** und bei der «Telefon-Seelsorge» **0800 111 0 111**.

Bei Selbstmordgedanken brauchen Sie sofortige Unterstützung. Im Notfall wählen Sie die **Notfall-Telefonnummer 112** oder begeben sich in die **Notfallaufnahme** des nächsten Krankenhauses.

Deutsche Übersetzung und Validierung des «Brief Patient Health Questionnaire (Brief PHQ)» durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg. Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999

Depression – Einschätzung Suizidrisiko

für Erwachsene [Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)]

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Erhebungsdatum: _____

1. Haben Sie sich in den letzten Wochen gewünscht, tot zu sein? Ja
2. Hatten Sie in den letzten Wochen das Gefühl, dass Sie oder Ihre Familie besser dran wären, wenn Sie tot wären? Ja
3. Haben Sie in der letzten Woche daran gedacht, sich umzubringen? Ja
4. Haben Sie jemals versucht, sich das Leben zu nehmen? Ja

Falls Sie Frage 4 mit Ja beantwortet haben:

Auf welche Weise wollten Sie sich das Leben nehmen?

Wann war das?

5. Denken Sie gerade jetzt daran, sich das Leben zu nehmen? Ja

Falls Sie Frage 5 mit Ja beantwortet haben:

Bitte beschreiben Sie Ihre Gedanken genauer:

Bei Selbstmordgedanken brauchen Sie sofortige Unterstützung. Kontaktieren Sie eine Ärztin, einem Arzt oder eine andere geeignete Vertrauensperson. Oder rufen Sie bei der Telefon-Seelsorge an: **0800 111 0 111**. Im Notfall wählen Sie die **Notfall-Telefonnummer 112** oder begeben Sie sich in die **Notfallaufnahme** des nächstgelegenen **Krankenhauses**.

Horowitz LM, Snyder DJ, Boudreaux ED, He J-P, Harrington CJ, Cai J, Claassen CA, Salhany JE, Dao T, Chaves JF, Jobes DA, Merikangas KR, Bridge JA, Pao M, Validation of the Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) for Adult Medical Inpatients: A Brief Tool for All Ages. Psychosomatics. 2020. doi:10.1016/j.psych.2020.04.008. // Übernommen von: National Institute of Mental Health, asQ Toolkit www.nimh.nih.gov/asq, Übersetzt von: Praxis Kraus & Kernbach.