

## Auswertung Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-15)

10.09.2023



0 bis 30

## Legende Symptomstärke / Somatisierung

	minimal
	mild
	mittelgradig
	schwer

Somatoformes Syndrom **vorhanden** sofern adäquate organische Ursachen fehlen.

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen.

Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können.

**Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?**

Bauchschmerzen	Stark beeinträchtigt
Rückenschmerzen	Wenig beeinträchtigt
Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	Wenig beeinträchtigt
Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	Stark beeinträchtigt
Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	Nicht beeinträchtigt
Kopfschmerzen	Nicht beeinträchtigt
Schmerzen im Brustbereich	Wenig beeinträchtigt
Schwindel	Stark beeinträchtigt
Ohnmachtsanfälle	Stark beeinträchtigt
Herzklopfen oder Herzrasen	Wenig beeinträchtigt
Kurzatmigkeit	Nicht beeinträchtigt
Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	Wenig beeinträchtigt
Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	Wenig beeinträchtigt

**Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?**

---

Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf

An mehr als der Hälfte der Tage

---

Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben

Beinahe jeden Tag