

K10+

Datum: ___ / ___ / 20___

Familiennamen: _____

Vorname: _____

Geb.-Dat.: ___ / ___ / _____ Geschlecht: männlich
 weiblich

Die folgenden Fragen beschäftigen sich damit, wie Sie sich während der **letzten 30 Tage** gefühlt haben. Bei jeder Frage füllen Sie das Kästchen bei der Zahl, die am besten beschreibt wie oft Sie dieses Gefühl in dieser Zeit erlebten, vollständig aus.

Beispiel:

F	Wie häufig fühlten Sie sich während der letzten 30 Tage	niemals	selten	manchmal	meistens	immer
		1	2	3	4	5
	... aktiv und voller Übermut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F1.	Wie häufig fühlten Sie sich während der letzten 30 Tage	niemals	selten	manchmal	meistens	immer
		1	2	3	4	5
a.	... ohne ersichtlichen Grund erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	... nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	... so nervös, dass nichts Sie wieder beruhigen konnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	... hoffnungslos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	... ruhelos oder zappelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	... so ruhelos, dass Sie nicht stillsitzen konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	... niedergeschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	... so niedergeschlagen, dass nichts Sie aufmuntern konnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	... so, dass alles für Sie eine Anstrengung bedeutete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	... wertlos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- F2.** Die vorhergehenden 10 Fragen bezogen sich auf Gefühle, die bei Ihnen möglicherweise in den letzten 30 Tagen bestanden. Wenn man die letzten 30 Tage insgesamt beurteilt, traten diese Gefühle **weniger häufig** auf als es für Ihr Befinden üblich ist? Oder in derselben Häufigkeit oder häufiger als Sie sonst solche Gefühle erleben?
(Wenn Sie niemals irgendwelche dieser Gefühle und Zustände erlebten, füllen Sie bitte die **4** aus.)

weniger als üblich			so häufig wie immer	häufiger als üblich		
viel	etwas	ein wenig		ein wenig	etwas	viel
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die nächsten Fragen beziehen sich darauf, wie diese Gefühle und Zustände sich in den **letzten 30 Tagen** ausgewirkt haben. Sie brauchen die weiteren Fragen **F3 – F6** nicht zu beantworten, wenn Sie die ersten 10 Fragen mit „niemals“ beantwortet haben und diese Gefühle und Zustände bei Ihnen in den letzten 30 Tagen nicht bestanden.

- F3.** Wie viele Tage der letzten 30 Tage waren Sie auf Grund dieser Gefühle und Zustände völlig unfähig Ihrer Arbeit oder Ihren normalen Aktivitäten nachzugehen?

..... (Anzahl der Tage)

- F4.** Wenn man die Tage, die Sie in der Frage F3 angegeben haben nicht berücksichtigt, wie viele weitere Tage in den letzten 30 Tagen konnten sie nur die Hälfte oder weniger Ihrer normalen Leistung auf Grund der beschriebenen Gefühle und Zustände erbringen?

..... (Anzahl der Tage)

- F5.** Wie oft sahen Sie während der letzten 30 Tage - auf Grund dieser Gefühle und Zustände - einen Arzt oder einen anderen Gesundheitsspezialisten?

..... (Anzahl der Besuche)

- F6.** Wie oft waren in den vergangenen 30 Tagen körperliche Gesundheitsprobleme die Hauptursache für die geschilderten Gefühle und Zustände.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| niemals | selten | manch-
mal | meistens | immer |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.

© World Health Organization 2006

All rights reserved. Based on the Composite International Diagnostic Interview © 2001 World Health Organization. All rights reserved. Used with permission. Requests for permission to reproduce or translate—whether for sale or for noncommercial distribution—should be addressed to Professor Ronald Kessler, PhD, Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, (fax: +011 617-432-3588; email: ronkadm@hcp.med.harvard.edu).

Acknowledgements

Translation of this document was performed on behalf of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Advisory Committee by Gerhard Schuessler and Gerhard Rumpold, PhD, of University of Innsbruck, Innsbruck, Austria.