Praxisstempel

Signatur des Arztes:_____

Patientenfragebogen (PHQ-9)

PATIENTENDATEN			
Name	Vorname	Geburtsdatum	Datum

	Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
1	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
2	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
3	Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
4	Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
5	Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
6	Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
7	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
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?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
9	Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

Summenwert: _____