

ICD-10-Symptom-Rating (ISR)

modifiziert für Zahnarztpatienten
 nach dem Fragebogen des IQP – Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik, München

Hier ist eine lange Liste von Beschwerden, an denen Menschen leiden können. Einige der genannten Beschwerden könnten aktuell auf Sie selbst zutreffen. Damit bei Ihnen kein Leiden übersehen wird, bitten wir Sie anzugeben, ob eine der nachfolgenden Beschwerden in den letzten zwei Wochen auf Sie selbst zutrifft.

Falls ein davon zutrifft, möchten wir auch wissen, wie stark Sie daran leiden:

- Kreuzen Sie „trifft nicht zu“ an, wenn Sie überhaupt nicht an der jeweiligen Beschwerde leiden,
- kreuzen Sie „trifft kaum zu“ an, wenn Sie kaum daran leiden,
- kreuzen Sie „trifft ziemlich zu“ an, wenn Sie ziemlich daran leiden,
- kreuzen Sie „trifft deutlich zu“ an, wenn Sie deutlich daran leiden und
- kreuzen Sie „trifft extrem zu“ an, wenn Sie extrem daran leiden.

Bitte bewerten Sie jetzt spontan und zügig jede der folgenden Aussagen!

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
(1) Meine Stimmung ist gedrückt/niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/>				
(2) An Dingen, die ich normalerweise gern mache, habe ich keine richtige Freude mehr.	<input type="checkbox"/>				
(3) Ich habe nicht genug Energie, wenn ich etwas tun will und werde schnell müde.	<input type="checkbox"/>				
(4) Ich fühle mich wertlos/traue mir nichts zu.	<input type="checkbox"/>				
(5) Ich bekomme unerklärliche Angstattacken oder Angst in Situationen, die anderen Menschen harmlos erscheinen.	<input type="checkbox"/>				
(6) In starken Angstsituationen habe ich plötzlich auftretende körperliche Beschwerden, z.B. Herzklopfen/-rasen, Atemnot, Schwindel, Druck auf der Brust, Kloß im Hals, Zittern oder innere Unruhe bzw. Anspannung.	<input type="checkbox"/>				
(7) Ich versuche, bestimmte Situationen zu vermeiden, die mir Angst machen.	<input type="checkbox"/>				

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
(8) Schon die Vorstellung, dass ich wieder eine Angstatacke erleiden könnte, macht mir Angst.	<input type="checkbox"/>				
(9) Ich leide unter meinen ständig wiederkehrenden, sinnlosen Gedanken oder Handlungen, gegen die ich mich aber nicht wehren kann (z.B. Hände waschen).	<input type="checkbox"/>				
(10) Ich leiste Widerstand gegen immer wiederkehrende, unsinnige Gedanken oder Handlungen, auch wenn mir das nicht immer gelingt.	<input type="checkbox"/>				
(11) Ich leide unter quälenden, sinnlosen Gedanken oder Handlungen, die mein normales Leben beeinträchtigen.	<input type="checkbox"/>				
(12) Ich habe das Bedürfnis, wegen unerklärlicher körperlicher Beschwerden zum Arzt zu gehen.	<input type="checkbox"/>				
(13) Ich leide unter der ständigen quälenden Sorge, körperlich krank zu sein.	<input type="checkbox"/>				
(14) Verschiedene Ärzte versichern mir, dass ich keine ernsthafte körperliche Erkrankung habe, doch es fällt mir schwer, ihnen zu glauben.	<input type="checkbox"/>				
(15) Ich leide unter immer wiederkehrenden Träumen oder Erinnerungen an schreckliche Erlebnisse.	<input type="checkbox"/>				
(16) Ich habe psychische Probleme aufgrund schwerer Alltagsbelastungen (z.B. schwere Erkrankung, Verlust der Arbeit oder Trennung vom Partner).	<input type="checkbox"/>				
(17) Ich habe mich in den letzten Jahren nach einer extremen Belastung (z.B. Schädel-Hirn-Verletzung, Kriegserlebnisse oder Missbrauch) dauerhaft verändert.	<input type="checkbox"/>				

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

