

**Beschwerde-Screening Pat.Code (von Praxis ausgefüllt): \_\_\_\_\_**
**Datum: \_\_\_\_\_**

Liebe KlientInnen, mit diesem kurzen Fragebogen möchte Ich eine breite Fülle an möglichen Beschwerden abfragen, unter denen einige Menschen leiden. Bitte beurteilen Sie für jede Frage, ob Sie das beschriebene Symptom oder die beschriebene Beschwerden irgendwann mal in Ihrem Leben störend / einschränkend wahrgenommen haben. Wenn Sie unsicher sind, kreuzen Sie „Ja“ an, wir werden uns Ihre Antworten dann in Ruhe gemeinsam anschauen..

Hatten Sie jemals in Ihrem Leben eine Phase...	Ja	Nein
... in der sich ihr Gedächtnis begonnen hat, dauerhaft zu verschlechtern? (F0x.x)		
...von mindestens 2 Wochen, in denen Ihre Stimmung dauerhaft gedrückt war? (F3x.x)		
... von mindestens vier Tagen, in denen Ihre Stimmung dauerhaft, außergewöhnlich gut oder gereizt war, so dass andere sich vielleicht sogar sorgten? (F31.x)		
... in der Sie stark von etwas überzeugt waren, andere das aber gar nicht nachvollziehen konnten? (F2X.X)		
... in der Sie mehr als 5 alkoholische Getränke auf einmal getrunken haben? (F10.x)		
... mehr als die verordnete Dosis eines Medikaments eingenommen haben? (F11.x / F13.x / F15.x / F55)		
... illegale Drogen (bspw. Cannabis <sup>2</sup> , Kokain <sup>4</sup> , Speed <sup>5</sup> , Heroin <sup>1</sup> , LSD <sup>6</sup> etc.) konsumiert haben? (F1x.x)		
... in der Sie exzessiv PC-Spiele gespielt oder Glücksspiel betrieben haben? (F63.8)		
... in der Sie plötzlich einen oder mehrere Angstanfälle erlitten haben? (F41.0 / F40.01)		
... in der Sie Angst oder übermäßige Anspannung in Menschenmengen hatten (bspw. belebte Einkaufsstraße, Schlange stehen im Supermarkt, im Bus oder ÖPNV oder ähnliche)? (F40.00)		
... in der Sie Angst hatten vor anderen Menschen im Mittelpunkt zu stehen und zu erröten, zittern, stottern oder auf die Toilette zu müssen bspw. beim Sprechen, Essen oder Schreiben? (F40.1)		
... in der Sie intensive Angst vor ganz bestimmten Situationen oder Dingen hatten (bspw. Spinnen, Höhen, Flugzeuge, Blutentnahmen / Spritzen, dem Erbrechen, Zahnarzt etc.) hatten? (F40.2)		
... in der Sie über 6 Monate hinweg dauerhaft angespannt oder nervös waren? (F41.1)		
... in der Sie bestimmte Handlungen immer wieder ausführen mussten, obwohl Sie dachten, dass es unsinnig wäre (bspw. Elektrische Geräte kontrollieren, Gegenstände oder Handlungen zählen, Türen schließen, Hände waschen oder ähnliche)? (F42.1 / F42.2)		
... in der Sie immer wieder bestimmte Gedanken hatten, die Sie nicht kontrollieren konnten aber auch unsinnig fanden (bspw. jmd. verletzen zu können, unangebrachte Dinge zu sagen, sich zu verunreinigen)? (F42.0 / F42.2)		
... in der Sie etwas schreckliches erleben mussten, das bei den meisten Menschen starke Not oder Verzweiflung hervorgerufen hätte (bspw. Unfall, Missbrauch, Krieg, Folter etc.)? (F43.1)		
... in der Sie Störungen der Gefühle, des Antriebs, des Sozialverhaltens in Zshg. mit einer psychosozialen Belastung / Veränderung (wie Prüfung, Trennung, Hochzeit, Umzug, Jobwechsel, Konflikt, etc.) wahrgenommen haben? (F43.2)		

Hatten Sie jemals in Ihrem Leben eine Phase...	Ja	Nein
... in der Sie häufig wegen Beschwerden beim Arzt waren, der aber keine körperliche Ursache finden konnte oder Ihnen keine zufriedenstellende Diagnose geben konnte? (F45.x)		
... in der Sie überzeugt waren, an einer oder mehreren Erkrankungen zu leiden, für die es keinen ärztlichen Befund gab? (F45.2 / F45.3 / F54)		
...in der Sie überzeugt waren, entstellt zu sein? (F45.2)		
... in der Sie über mind. 6 Monate an Schmerzen litten, für die keine ausreichende Erklärung gefunden werden konnte? (F45.4)		
... in der Sie unter Schlafstörungen gelitten haben? (F51.x)		
... in der andere Ihnen gesagt haben, Sie seien zu dünn? (F50.0)		
... in der Sie einen oder mehrere Essanfälle hatten? (F50.2 / F50.4)		
... in der Sie nach dem Essen Erbrechen herbeigeführt haben oder andere Maßnahmen zur Gewichtsreduktion betrieben haben (bspw. Appetitzügler, exzessiver Sport)? (F50.x)		
... in der Sie exzessiv Sport getrieben haben?		
... in der Sie unzufrieden mit Ihrer Sexualität waren (bspw. Libidoverlust, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Erektionsstörung oder Ausbleiben von Erregung, problematische Phantasien etc.)? (F52.x / 65.x)		
... in der Sie sich unsicher hinsichtlich Ihrer sexuellen Orientierung gefühlt haben? (F66.x)		
... in der Sie sich hinsichtlich ihres Geschlechts im falschen Körper gefühlt haben? (F64.x)		
... in der Sie sich schwer konzentrieren konnten? Arbeits-/Sozialverhalten in Grundschule mangelhaft? (F9x.x)		
... in der Sie so anders über sich, andere und die Welt dachten als die meisten anderen Menschen, dass das zu Problemen oder Leid geführt hat? (F6x.x)		
... in der Sie sich impulsiv/enthemmt verhalten haben, also ohne Rücksicht auf Konsequenzen oder aber viel zu gehemmt also zu vorsichtig und zurückhaltend verhalten haben und das zu Problemen / Konflikten oder Leid geführt hat?		
... in der Sie sich anderen zu nah oder anhänglich gegenüber verhalten haben oder in der Sie sich anderen gegenüber sehr distanziert gezeigt haben und daraufhin Leid oder Probleme / Konflikte entstanden sind?		
... in der Sie ihre Gefühle stark unterdrückt haben oder extrem wechselhafte oder starke Gefühle gehabt haben und dies zu Konflikten / Problemen oder Leid geführt hat?		