

# ICD-F-Screening Fragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Es folgen einige Fragen zu typischen Symptomen. Bitte prüfen Sie, ob Sie diese Symptome aktuell haben und/oder früher einmal hatten. Falls Sie sich nicht ganz sicher sind, kreuzen Sie „möglich“ an.

**A Hier folgen einige Beispiele mit der Bitte, jeweils zu entscheiden, ob Sie vor den folgenden Situationen oder Dingen Angst haben oder ob Sie diese möglichst vermeiden:**

- |  |      |    |         |         |        |
|--|------|----|---------|---------|--------|
| 1. Plötzliche und unerwartete Angst, ohne dass reale Gefahren vorliegen?   | Nein | Ja | möglich | aktuell | früher |
| 2. Bestimmte Situationen und Orte, wie z.B. Kaufhäuser, Autofahren, Menschenmengen, Fahrstühle oder geschlossene Räume?  | Nein | Ja | möglich | aktuell | früher |
| 3. Situationen, in denen Sie von anderen Menschen beobachtet oder bewertet werden könnten wie z.B. öffentliches Sprechen, Zusammenkünfte, Partys oder Gespräche?                                 | Nein | Ja | möglich | aktuell | früher |
| 4. Bestimmte Dinge wie z.B. Tiere, Höhen, Flugreisen oder der Anblick von Blut und Verletzungen?   | Nein | Ja | möglich | aktuell | früher |
| 5. Leiden Sie häufig unter unangemessen starken Sorgen, z.B. über familiäre, berufliche oder finanzielle Angelegenheiten?  | Nein | Ja | möglich | aktuell | früher |
| 6. Haben Sie schon einmal ein extrem belastendes, lebensbedrohliches oder traumatisches Ereignis erlebt, nach dem es Ihnen sehr schlecht ging, wie z.B. eine Vergewaltigung, andere Gewalttaten? | Nein | Ja | möglich | aktuell | früher |
| 7. Gibt es unangenehme oder unsinnige Gedanken, die Sie nicht aus Ihrem Kopf verbannen können?   | Nein | Ja | möglich | aktuell | früher |
| 8. Gibt es unangenehme oder unsinnige Handlungen, die Sie immer wieder ausführen müssen, z.B. Händewaschen, Fenster, Türen oder den Herd kontrollieren?  | Nein | Ja | möglich | aktuell | früher |

**B Hier folgen einige Fragen zu Stimmungsschwankungen oder länger anhaltenden Stimmungen. Gab es schon einmal Zeiten, in denen Sie ...**

- |   |      |    |         |         |        |
|---|------|----|---------|---------|--------|
| 1. ... sich mindestens zwei Wochen lang depressiv, traurig und niedergeschlagen fühlten, hoffnungslos waren oder gar kein Interesse selbst an angenehmen Dingen hatten? | Nein | Ja | möglich | aktuell | früher |
| 2. ... sich über einen langen Zeitraum (mindestens zwei Jahre) die meiste Zeit niedergeschlagen oder traurig fühlten?   | Nein | Ja | möglich | aktuell | früher |
| 3. ... mindestens eine Woche lang sich ganz extrem hochgestimmt oder reizbar fühlten?   | Nein | Ja | möglich | aktuell | früher |

**C Es folgen einige Fragen zu körperlichen Beschwerden und zum körperlichen Befinden**

- |  |      |    |         |         |        |
|--|------|----|---------|---------|--------|
| 1. Haben Sie gegenwärtig oder hatten Sie in der Vergangenheit körperliche Beschwerden oder Krankheiten?                      | Nein | Ja | möglich | aktuell | früher |
| 2. Fürchten Sie öfters, dass Sie eine schwere Krankheit haben?   | Nein | Ja | möglich | aktuell | früher |
| 3. Hatten Sie bereits vor Ihrem 30. Lebensjahr viele körperliche Probleme?   | Nein | Ja | möglich |         |        |
| 4. Hatten Sie schon einmal mindestens sechs Monate lang so starke Schmerzen, dass Sie sich fast ständig damit beschäftigten? | Nein | Ja | möglich | aktuell | früher |
| 5. Haben Sie jemals so etwas erlebt wie eine Lähmung, Verlust der Stimme oder des Sehens oder Gehbeschwerden?                | Nein | Ja | möglich | aktuell | früher |

**D Nun folgen einige Fragen zu Gewicht und zu Konsum von Nahrungsmitteln und anderer Substanzen**

- |   |          |    |         |          |        |
|---|----------|----|---------|----------|--------|
| 1. Wie groß sind Sie? Wie viel wiegen Sie?  | _____ cm |    |         | _____ kg |        |
| 2. Was war Ihr niedrigstes bzw. höchstes Gewicht im Erwachsenenalter?   | _____ kg |    |         | _____ kg |        |
| 3. Haben Sie große Angst davor, zu dick zu sein oder zu werden bzw. machen Sie sich große Sorgen um Ihre Figur und Ihr Gewicht?                 | Nein     | Ja | möglich | aktuell  | früher |
| 4. Haben Sie schon einmal viel weniger gewogen, als Sie nach Meinung anderer Leute wiegen sollten oder haben Sie schon einmal stark abgenommen? | Nein     | Ja | möglich | aktuell  | früher |
| 5. Haben Sie schon einmal Heißhungerphasen oder Essanfälle gehabt, d.h. sehr viel in sehr kurzer Zeit gegessen?                                 | Nein     | Ja | möglich | aktuell  | früher |
| 6. Führen Sie selbst Erbrechen herbei?  | Nein     | Ja | möglich | aktuell  | früher |
| 7. Nehmen Sie irgendetwas zu sich, um Ihre Stimmung zu beeinflussen oder Schlafen zu können, z.B. Alkohol, Drogen und/oder Medikamente?         | Nein     | Ja | möglich | aktuell  | früher |

**E Zum Schluss folgen Fragen zu bestimmten Wahrnehmungen und Erlebensweisen. Haben Sie schon einmal in Ihrem Leben eigenartige oder ungewöhnliche Erfahrungen gemacht, wie zum Beispiel ...**

- |  |      |    |         |         |        |
|--|------|----|---------|---------|--------|
| 1. ... Hören oder Sehen von Dingen oder Stimmen, die andere Menschen nicht bemerkten oder wenn niemand in der Nähe war?  | Nein | Ja | möglich | aktuell | früher |
| 2. Hatten Sie den Eindruck, dass etwas Eigenartiges um Sie herum vorging; dass Menschen Dingen taten, um Sie zu testen oder Ihnen zu schaden, so dass Sie ständig aufpassen mussten? | Nein | Ja | möglich | aktuell | früher |
| 3. Hatten Menschen Schwierigkeiten, Sie zu verstehen, weil Ihre Sprache durcheinander war oder keinen Sinn machte?   | Nein | Ja | möglich | aktuell | früher |