

Datum: _____

Name: _____

GAD-7 Deutsch

	Wie oft fühltest Du dich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?				
		Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
		0	1	2	3
a.	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung				
b.	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren				
c.	Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten				
d.	Schwierigkeiten zu entspannen				
e.	Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt				
f.	Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit				
g.	Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren				