

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

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

**PHQ-9 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.	Wenig Interesse oder Freude an deinen Tätigkeiten				
b.	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.				
c.	Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf				
d.	Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben				
e.	Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen				
f.	Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben				
g.	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen				
h.	Waren deine Bewegungen oder deine Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder warst du im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hattest dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?				
i.	Gedanken, dass du lieber tot wärst oder dir Leid zufügen möchtest				