

Anmeldebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer ambulanten Behandlung in unserer Praxis. Damit wir ein genaueres Bild von Ihnen und Ihren Beschwerden erhalten, bitten wir Sie, die folgenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Auf der Grundlage Ihrer Angaben möchten wir einen möglichst umfassenden Eindruck von Ihnen gewinnen, um so für Sie die beste Therapie zu planen und Sie Ihren Beschwerden entsprechend spezialisiert behandeln zu können. Beantworten Sie bitte deshalb die Fragen so, wie es für Sie persönlich zutrifft; es gibt keine falschen und richtigen Antworten. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben. Senden Sie den ausgefüllten Bogen bitte per Post, Mail oder Fax an die

Psychotherapeutische Praxis Dr. Tamme, Heinrich-Böll-Str. 34, 21335 Lüneburg
Fax 04131-24 72 356; Mail dr.peter.tamme@t-online.de

Angaben zu meiner Person

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____ dienstlich: _____

 mobil: _____ Email: _____

Geburtsdatum: _____ Alter (Jahre): _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Krankenkasse: _____

Meine Ärzte und Behandler

Hausarzt/ Facharzt: _____
(Name/ Adresse) _____

Psychiater/ Neurologe: _____
(Name/ Adresse) _____

Psychotherapeut: _____
(Name/ Adresse) _____

Sind Sie aktuell in **ambulanter** Psychotherapie?

ja nein

Meine aktuelle Lebenssituation

Familienstand: ledig verheiratet getrennt/geschieden/verwitwet

Schulabschluss: noch in der Schule kein Schulabschluss
 Hauptschule/8. Klasse POS Realschulabschluss/10. Klasse POS
 Fachabitur/Abitur/EOS sonstiges

Berufliche Situation: berufstätig Hausfrau/-mann, nicht berufstätig
 Ausbildung arbeitslos gemeldet
 EU-/ BU-Rente Frührente/ Altersrente/ Pension
 unbekannt/ unklar

Sind Sie derzeit arbeitsunfähig? ja nein

Wenn ja, seit wie vielen Wochen ununterbrochen?

Gibt es ein laufendes Rentenverfahren? ja nein

Behinderungen:

Benötigen Sie Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, CPAP-Maske, etc.)? ja nein

Haben Sie eine Hörminderung? ja nein

Wünsche:

Wünschen Sie eine zusätzliche Pharmakotherapie? ja nein

Wünschen Sie eine Neuromodulationsbehandlung (rTMS)? ja nein

Haben Sie andere Wünsche?:

Drogen/Suizid:

Haben Sie in der Vergangenheit Drogen genommen? ja nein

Haben Sie in den letzten 3 Monaten Drogen genommen? ja nein

Haben Sie schon einmal Selbstmordgedanken gehabt? ja nein

Haben Sie schon einmal einen Selbstmordversuch gemacht? ja nein

Wenn ja, in welchem/n Jahr/en? _____

Vorerkrankungen und Behandlungen

Waren Sie schon einmal in **stationärer** psychiatrischer/ psychosomatischer Behandlung?

nein ja (Bitte machen Sie dazu einige Angaben)

Jahr: _____ Klinik: _____

Jahr: _____ Klinik: _____

Jahr: _____ Klinik: _____

Jahr: _____ Klinik: _____

Jahr: _____ Klinik: _____

Haben Sie schwere körperliche Erkrankungen? nein ja Welche?:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja Welche?:

Bitte beschreiben Sie Ihre aktuelle Problematik, aufgrund der Sie eine Behandlung in unserer Praxis anstreben:

**Ich vermute die Ursachen und Hintergründe meiner Probleme in folgenden Themen
(Stichworte)**

Welche Ziele möchten Sie durch eine ambulante Behandlung erreichen? Was soll sich ändern?

Wie wichtig ist es für Sie, dass die folgenden Problembereiche in der Therapie berücksichtigt werden? Bitte kreuzen Sie jeweils nach Wichtigkeit für Sie die einzelnen Punkte an.

	Unwichtig	Weniger wichtig	Wichtig	Vordringlich
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste/ Vermeidungsverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Beschwerden (z.B. Schmerzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essstörungen/ Untergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwangsgedanken/ Zwangshandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partnerschaft/ Ehe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundschaften/ Bekanntenkreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Stress/ Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotische Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitsfragebogen

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

1. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie oft fühlten Sie sich 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
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Fragen zum Thema „Angst“.

a. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstatacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik?)

NEIN**JA**

Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 5

b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?

c. Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf - d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?

d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?

4. Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.**NEIN****JA**

a. Bekamen Sie schlecht Luft?

b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?

c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?

d. Haben Sie geschwitzt?

e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?

f. Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?

g. Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?

h. Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?

i. Spürten Sie ein Kribbeln, oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?

j. Zitterten oder bebten Sie?

k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?

5. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?**Überhaupt nicht****An einzelnen Tagen****An mehr als der Hälfte der Tage****Beinahe jeden Tag**

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

6. Fragen zum Thema „Essen“.

- | | NEIN | JA |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, <u>wieviel</u> und <u>was</u> Sie essen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Essen Sie öfter - in einem Zeitraum von 2 Stunden - Mengen, die andere Leute als <u>ungewöhnlich groß</u> bezeichnen würden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn „NEIN“ bei a oder b, gehen Sie bitte weiter zu Frage 9

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| c. Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

7. Haben Sie während der letzten 3 Monate öfter eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen unternommen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden?

- | | NEIN | JA |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Sich selbst zum Erbrechen gebracht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Gefastet, d.h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mehr als eine Stunde Sport getrieben mit dem ausschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, wenn Sie wie oben beschrieben (6a oder 6b) gegessen haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Wenn Sie bei einer oder mehrerer dieser Maßnahmen, die eine Gewichtszunahme vermeiden sollen, „JA“ angekreuzt haben, kam eine davon im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vor?

- | NEIN | JA |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Trinken Sie manchmal Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)?

- | NEIN | JA |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 11

10. Ist bei Ihnen im Laufe der letzten 6 Monate mehr als einmal eine der folgenden Situationen eingetreten?

- | | NEIN | JA |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Sie haben Alkohol getrunken, obwohl Ihnen ein Arzt angeraten hat, aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Sie haben bei der Arbeit, in der Schule, bei der Versorgung der Kinder oder bei der Wahrnehmung anderer Verpflichtungen Alkohol getrunken, waren angetrunken oder „verkatert“? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Sie sind der Arbeit, der Schule oder anderen Verpflichtungen fern geblieben oder sind zu spät gekommen, weil Sie getrunken hatten oder „verkatert“ waren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Sie hatten Schwierigkeiten mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Gläser Alkohol bzw. zuviel getrunken hatten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Wenn eines oder mehrere der bisher in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

- | Überhaupt nicht
erschwert | Etwas
erschwert | Relativ stark
erschwert | Sehr stark
erschwert |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fragen zu erschütternden Lebensereignissen

Im Folgenden wird nach einer Reihe von **schwerwiegenden oder traumatischen Lebensereignissen** gefragt. Geben Sie bitte für jedes Ereignis an, ob und wann (ungefähres Alter) es passiert ist.

	JA	NEIN	Alter
1. Schwerer Unfall (z.B. Arbeit- oder Autounfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Naturkatastrophe, Kampfeinsatz, Gefangenschaft, Folter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Gewalttätiger Angriff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Sexueller Angriff (z.B. Vergewaltigung/ versuchte Vergewaltigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Sexuelle Grenzverletzung im Alter von unter 18 Jahren			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Gefangenschaft (z.B. Strafgefangener, Kriegsgefangener, Geisel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Lebensbedrohliche Erkrankung oder anderes Ereignis Bitte beschreiben Sie dieses Ereignis:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Wenn Sie mehrmals **JA** angekreuzt haben, geben Sie bitte hier die Nummer desjenigen Erlebnisses an, das Sie am meisten belastet: _____

Wenn Sie **keines der Erlebnisse** hatten, brauchen Sie **keine weiteren Fragen** zu beantworten.

Wenn Sie bei einem oder mehreren Ereignissen **JA** angekreuzt haben, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen für das schlimmste Erlebnis.

Während des schlimmsten Erlebnisses...

	JA	NEIN
... fühlten Sie sich hilflos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatten Sie starke Angst, oder waren voller Entsetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den **letzten Monat**:

	Überhaupt nicht	1 x pro Woche oder seltener	2-4 x pro Woche/ die Hälfte der Zeit	5 x pro Woche/ fast immer
1. Haben Sie sich bemüht, Aktivitäten, Menschen oder Orte zu meiden, die Sie an das Erlebnis erinnern?	①	②	③	④
2. Haben Sie deutlich weniger Interesse an Aktivitäten, die vor dem Erlebnis wichtig für Sie waren, oder haben Sie sie deutlich seltener unternommen?	①	②	③	④
3. Fühlten Sie sich den Menschen Ihrer Umgebung deswegen entfremdet und anders?	①	②	③	④
4. Fühlten Sie sich abgestumpft oder taub (z. B. nicht weinen können oder sich unfähig fühlen, liebevolle Gefühle zu erleben)?	①	②	③	④
5. Hatten Sie das Gefühl durch das Erlebnis, dass sich Ihre Zukunftspläne und Hoffnungen nicht erfüllen werden (z. B. dass Sie keine Kinder haben oder dass Sie keinen Erfolg im Beruf haben würden)?	①	②	③	④
6. Hatten Sie Ein- oder Durchschlafstörungen seit dem Erlebnis (d.h. vorher noch nicht)?	①	②	③	④
7. Waren Sie nervös oder schreckhaft (z. B. wenn jemand hinter Ihnen Geräusche macht)?	①	②	③	④

Selbstbeschreibung

Im Folgenden finden Sie eine Liste mit Aussagen, die man verwendet, um sich selbst zu beschreiben. Bitte lesen Sie jeden Satz durch und entscheiden Sie, wie sehr er auf Ihre Gefühle, Gedanken und Beziehungen in Ihrem Alltag zutrifft. Kreuzen Sie hierzu jeweils das entsprechende Feld von 1 („trifft nie zu“) bis 5 („trifft immer zu“) an. Denken Sie nicht zu lange über Ihre Antwort nach, sondern kreuzen Sie einfach das Feld an, das Ihnen als erstes in den Sinn kommt. Bitte lassen Sie bei Ihrer Beantwortung keinen Satz aus.

	Trifft nie zu	Trifft selten zu	Trifft ge- legent- lich zu	Trifft oft zu	Trifft immer zu
1. Ich spüre, dass mein Geschmack und meine Meinungen nicht wirklich meine eigenen sind, sondern dass ich sie von anderen übernommen habe.	①	②	③	④	⑤
2. Ich bin mir nicht sicher, ob eine Stimme, die ich gehört habe oder etwas, was ich gesehen habe, Einbildung ist oder nicht.	①	②	③	④	⑤
3. Es passiert mir, dass ich Dinge so sehe, dass sie sich bei näherer Betrachtung als etwas anderes herausstellen.	①	②	③	④	⑤
4. Es fällt mir schwer, Menschen zu vertrauen, da sie sich so oft gegen mich wenden oder mich betrügen.	①	②	③	④	⑤
5. Ich gehe Beziehungen mit anderen ein, die ich nicht wirklich mag, weil es mir schwer fällt, „nein“ zu sagen.	①	②	③	④	⑤
6. Es passiert mir, dass ich Dinge tue, die ich zu anderer Zeit für nicht allzu gescheit halte (z.B. häufig wechselnde Sexualpartner haben, lügen, trinken, Wutanfälle bekommen oder kleine gesetzwidrige Handlungen begehen).	①	②	③	④	⑤
7. Leute sagen mir, dass ich mich widersprüchlich verhalte.	①	②	③	④	⑤
8. Ich kann nicht sagen, ob bestimmte körperliche Empfindungen, die ich habe, wirklich sind, oder ob ich sie mir nur einbilde.	①	②	③	④	⑤
9. Wenn andere mich erfolgreich sehen, fühle ich mich in Hochstimmung; wenn sie mich dagegen scheitern sehen, fühle ich mich am Boden zerstört.	①	②	③	④	⑤
10. Ich habe Angst, dass Leute, die wichtig für mich werden, plötzlich ihre Gefühle mir gegenüber ändern.	①	②	③	④	⑤
11. Ich verstehe oder weiß Dinge, die niemand sonst versteht oder wissen kann.	①	②	③	④	⑤
12. Ich verhalte mich so, dass es anderen unberechenbar und sprunghaft vorkommt.	①	②	③	④	⑤
13. Nachdem ich mich mit Leuten eingelassen habe, bin ich erstaunt herauszufinden, wie sie wirklich sind.	①	②	③	④	⑤
14. Es passiert mir, dass ich Dinge tue, die mir in dem Moment in Ordnung erscheinen, aber bei denen ich im Nachhinein kaum glauben kann, dass ich sie getan habe.	①	②	③	④	⑤
15. Ich kann nicht unterscheiden, ob ich nur möchte, dass etwas wahr wäre oder ob es wirklich wahr ist.	①	②	③	④	⑤
16. Es ist schwierig für mich, alleine zu sein.	①	②	③	④	⑤

Besonderheiten im Erleben

Beschäftigen Sie sich bitte bei den folgenden 8 Fragen mit möglichen Erfahrungen und Erlebnissen aus Ihrem alltäglichen Leben. Wir sind daran interessiert zu erfahren, in welchem Ausmaß Sie derartige Erlebnisse gehabt haben oder jetzt haben. Bitte lassen Sie bei Ihren Antworten Episoden in Ihrem Leben unberücksichtigt, in denen Sie unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen oder Medikamenten gestanden haben.

Um die Fragen zu beantworten, markieren Sie bitte durch Umkreisen oder Ankreuzen die Prozentzahl, die zeigt, wie oft Ihnen so etwas passiert. 0% bedeutet niemals und 100% immer.

Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

- | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----------------|
| 1. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, sich an einem Ort zu befinden und nicht zu wissen, wie sie dorthin gekommen sind. | 0%
(nie) | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100%
(immer) |
| 2. Einige Menschen haben zeitweise das Gefühl, dass ihr Körper oder ein Teil ihres Körpers nicht zu ihnen gehört. | 0%
(nie) | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100%
(immer) |
| 3. Einige Menschen machen manchmal die Erfahrung, neben sich zu stehen oder sich selbst zu beobachten, wie sie etwas tun; und dabei sehen sie sich selbst tatsächlich so, als ob sie eine andere Person betrachteten. | 0%
(nie) | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100%
(immer) |
| 4. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie bestimmte Stimmen in ihrem Kopf hören, die sie anweisen, Dinge zu tun, oder die ihr Handeln kommentieren. | 0%
(nie) | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100%
(immer) |
| 5. Einigen Menschen wird manchmal gesagt, dass sie Freunde oder Familienangehörige nicht erkennen. | 0%
(nie) | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100%
(immer) |
| 6. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, neue Dinge in ihrem Besitz zu finden, an deren Kauf sie sich nicht erinnern können. | 0%
(nie) | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100%
(immer) |
| 7. Einige Menschen haben zuweilen das Gefühl, dass andere Personen, Gegenstände und die Welt um sie herum nicht wirklich sind. | 0%
(nie) | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100%
(immer) |
| 8. Einige Menschen stellen gelegentlich fest, dass sie in vergleichbaren Situationen so unterschiedlich handeln, dass sie das Gefühl haben, zwei unterschiedliche Personen zu sein. | 0%
(nie) | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100%
(immer) |
-

Vielen Dank!