

Gesundheitsfragebogen PHQ-15

Wie stark fühlen Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

| | Nicht beeinträchtigt 0 Punkte | Wenig beeinträchtigt 1 Punkt | Stark beeinträchtigt 2 Punkte |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schmerzen im Brustbereich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwindel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzklopfen oder Herzrasen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Übelkeit, Blähungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SUMME: _____ Punkte | | | |