

Centrum für Thrombose und Hämostase

III Medizinische Klinik

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Frau Dr. T. Falter  
tanja.falter@unimedizin-mainz.de  
Gebäude 708, 2 OG  
06131/178296

Frau Prof. Dr. I. Scharrer  
inge.scharrer@unimedizin-mainz.de  
Gebäude 605, 1 OG  
06131/176004

Herr PD Dr. A. Tadic  
andre.tadic@unimedizin-mainz.de  
Station 4, EG  
06131/175916

Wir bitten Sie, jede der folgenden Fragen zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich **in den letzten Wochen / 6 Monaten** am ehesten zutrifft. Machen Sie bitte nur **ein Kreuz pro Frage in das zutreffende Kästchen** und lassen Sie bitte keine Frage aus. Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint.

Ihr Fragebogen wird selbstverständlich vertraulich behandelt und pseudonymisiert. Für eine standardisierte und objektive Auswertung bitten wir Sie allerdings vorab ein paar persönliche Daten anzugeben.

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Kinder \_\_\_\_\_

Datum der Erstdiagnose \_\_\_\_\_ Anzahl der Schübe \_\_\_\_\_

Wie lange ist ihr letzter Schub her? \_\_\_\_\_

	Ja	nein
Hatten Sie bei mindestens einem Ihrer Schübe:		
neurologische Ausfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niereninsuffizienz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie <b>vor</b> der Diagnosestellung TTP jemals psychologische Betreuung bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie <b>nach</b> der Diagnosestellung TTP psychologische Betreuung bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befinden Sie sich momentan in Psychotherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Depressionen oder andere psychische Erkrankungen in der Familie bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie noch weitere in Behandlung befindende Erkrankungen, wenn ja welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## IRES-MIN

Frage	Wie häufig kommt das vor?				
	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich stark	sehr stark	
Von kurzen Erkrankungen einmal abgesehen <b>1. Behindert Sie Ihr Gesundheitszustand bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben in Beruf oder im Haushalt?</b>					
<b>Wie häufig fühlten Sie sich in letzter Zeit... 2. ...völlig erschöpft?</b>	nie	manchmal	oft	immer	
<b>3. ...unruhig und abgespannt?</b>	nie	manchmal	oft	immer	
<b>4. ...wie eine Batterie, die allmählich verbraucht ist?</b>	nie	manchmal	oft	immer	
<b>5. Wie viele Personen – einschließlich Ihrer Familie – kennen Sie, auf deren Hilfe Sie sich in Notfällen auf jeden Fall verlassen können?</b>	keine Person	eine Person	2 bis 3 Personen	mehr als 3 Personen	
<b>Wie häufig machen Sie sich Sorgen, dass Sie wegen Ihres Gesundheitszustandes in Zukunft... 6. ...weniger verdienen?</b>	nie	manchmal	oft	immer	
<b>7. ...arbeitslos werden?</b>	nie	manchmal	oft	immer	
<b>8. ...vorzeitig berentet werden?</b>	nie	manchmal	oft	immer	
<b>9. Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?</b>	sehr gut	gut	zufriedenstellend	weniger gut	schlecht
<b>10. Wie häufig leiden Sie unter Schmerzen?</b>	so gut wie nie	selten	ein paar Mal im Monat	2-3 mal pro Woche	(fast ) jeden Tag
<b>11. Und wie stark sind diese Schmerzen?</b>	ich habe keine Schmerzen	eher leicht	störend, aber zu ertragen	gerade noch zu ertragen	unerträglich
Wie Sie wahrscheinlich wissen, gibt es bestimmte Dinge, die als „Risiko-Faktoren“, d.h. schädlich für die Gesundheit betrachtet werden. Die meisten Menschen haben einen oder mehrere solcher Risiko-Faktoren. <b>Bitte kreuzen Sie an, welche Risiko-Faktoren bei Ihnen vorliegen:</b>	<b>12. Rauchen</b>		<b>13. zu wenig Bewegung</b>		<b>14. zu hohes Cholesterin</b>
	<b>15. zu hoher Blutdruck</b>		<b>16. zu viel Stress und Hektik</b>		<b>17. Übergewicht</b>

18. Wie stark sind Ihre Schwierigkeiten im Alltag durch folgende Beeinträchtigungen bedingt?

Jeder Beeinträchtigung ist eine Antwortlinie zugeordnet, auf der Sie das Ausmaß Ihrer Zustimmung festlegen können. Erbeten ist eine Einschätzung auf der Skala von "gar nicht" (0%) bis "sehr stark" (100%).

	(0%) gar nicht	(100%) sehr stark
gedrückte Stimmung	0 .....	100
Ängste und Sorgen	0 .....	100
Schwachen Antrieb	0 .....	100
Unkonzentriertheit	0 .....	100
Vergesslichkeit	0 .....	100
Zerfahrenheit	0 .....	100
Umständlichkeit	0 .....	100

**IDS-SR**

<b>1. Einschlafen:</b>		
0	Ich brauchte nie länger als 30 Minuten um einzuschlafen.	
1	Ich brauchte bei weniger als der Hälfte der Nächte mindestens 30 Minuten um einzuschlafen.	
2	Ich brauchte bei mehr als der Hälfte aller Nächte mindestens 30 Minuten um einzuschlafen.	
3	Ich brauchte bei mehr als der Hälfte der Nächte mehr als 60 Minuten um einzuschlafen.	
<b>2. Nächtlicher Schlaf:</b>		
0	Ich wachte nachts nicht auf.	
1	Ich hatte einen unruhigen, leichten Schlaf und wachte jede Nacht ein paar Mal kurz auf.	
2	Ich wachte mindestens einmal pro Nacht auf; schlief jedoch leicht wieder ein.	
3	Ich wachte in mehr als der Hälfte der Nächte mehr als einmal pro Nacht auf und blieb mindestens 20 Minuten wach.	
<b>3. Frühes Aufwachen:</b>		
0	Meistens wachte ich nicht früher als 30 Minuten, bevor ich aufstehen musste, auf.	
1	1 In mehr als der Hälfte der Tage der letzten Woche wachte ich mindestens 30 bis 60 Minuten bevor ich aufstehen musste, auf.	
2	In mehr als der Hälfte der Tage der letzten Woche wachte ich mindestens eine Stunde zu früh auf, konnte jedoch wieder einschlafen.	
3	In mehr als der Hälfte der Zeit wachte ich mindestens eine Stunde zu früh auf ohne wieder einschlafen zu können.	
<b>4. Erhöhtes Schlafbedürfnis:</b>		
0	Ich schlief pro Nacht nicht mehr als 7-8 Stunden und brauchte keine Nickerchen.	
1	Ich schlief innerhalb von 24 Stunden nicht mehr als 10 Stunden einschließlich Nickerchen.	
2	Ich schlief innerhalb von 24 Stunden nicht mehr als 12 Stunden einschließlich Nickerchen.	
3	Ich schlief innerhalb von 24 Stunden mehr als 12 Stunden einschließlich Nickerchen.	

<b>5. Gefühl von Traurigkeit:</b>		
0	Ich fühlte mich nicht traurig.	
1	Ich fühlte mich weniger als die Hälfte der Zeit traurig.	
2	Ich fühlte mich mehr als die Hälfte der Zeit traurig.	
3	Ich fühlte mich während der gesamten Zeit traurig.	
<b>6. Gereizte Stimmung:</b>		
0	Ich fühlte mich nicht gereizt.	
1	Ich fühlte mich weniger als der Hälfte der Zeit gereizt.	
2	Ich fühlte mich mehr als die Hälfte der Zeit gereizt.	
3	Ich fühlte mich die gesamte Zeit gereizt.	
<b>7. Gefühl von Angst und Anspannung:</b>		
0	Ich fühlte mich nicht ängstlich oder angespannt.	
1	Ich fühlte mich weniger als die Hälfte der letzten Woche ängstlich (angespannt).	
2	Ich fühlte mich mehr als die Hälfte der letzten Woche ängstlich (angespannt).	
3	Ich fühlte mich die ganze letzte Woche ängstlich (angespannt).	
<b>8. Stimmungsreaktion auf positive Ereignisse:</b>		
0	Nach positiven Ereignissen verbesserte sich meine Stimmung für mehrere Stunden bis zum Normalniveau.	
1	Nach positiven Ereignissen verbesserte sich meine Stimmung, jedoch nicht bis zum Normalniveau.	
2	Meine Stimmung verbesserte sich nur nach wenigen und bestimmten positiven Ereignissen.	
3	Meine Stimmung verbesserte sich überhaupt nicht, auch nicht nach sehr positiven oder erwünschten Ereignissen.	
<b>9. Stimmungsschwankungen im Laufe des Tages:</b>		
0	Zwischen meiner Stimmung und der Tageszeit gab es keinen klaren Zusammenhang.	
1	Meine Stimmung hing oft von Ereignissen und Umständen zu bestimmten Tageszeiten ab (z.B. Alleinsein, Arbeit).	
2	Im Allgemeinen war meine Stimmung mehr von der Tageszeit als von Ereignissen abhängig.	
3	Meine Stimmung war zu bestimmten Tageszeiten eindeutig und vorhersagbar besser oder schlechter.	
<b>9A. Wann war Ihre Stimmung normalerweise schlechter?</b>		
0	morgens.	
1	nachmittags.	
2	abends.	
<b>9B. War Ihre Stimmungsschwankung von der Umgebung abhängig?</b>		
0	ja.	
1	nein.	
<b>10. Selbstbild:</b>		
0	Ich betrachtete mich als genauso wertvoll und verdienstvoll wie andere Menschen.	
1	Ich klagte mich öfter als gewöhnlich selbst an.	
2	Ich glaubte meistens, dass ich für andere nur Probleme verursachte.	
3	Ich grübelte fast die gesamte Zeit über größere und kleinere Fehler meiner Person.	

<b>11. Qualität Ihrer Stimmung:</b>			
0	Die Stimmung (innere Gefühle), die ich empfand, entsprach weitgehend meiner normalen Stimmung.		
1	Meine Stimmung war traurig im Sinne von Traurigkeit, die ich nach dem Tod oder Verlust einer nahestehenden Person empfinden würde.		
2	Meine Stimmung war traurig. Diese Traurigkeit hatte eine andere Qualität als die Traurigkeit nachdem Tod oder dem Verlust einer nahestehenden Person.		
3	Meine Stimmung war traurig und unterschied sich von der, die man mit Verlust oder Trauer in Verbindung setzt.		
<i>Bitte entweder die rechte oder die linke Frage beantworten (nicht beide!)</i>			
<b>12. Verminderter Appetit:</b>		<b>13. Gesteigerter Appetit:</b>	
0	Mein Appetit war normal und unverändert.	0	Mein Appetit war normal und unverändert.
1	Ich habe weniger oft oder geringere Mengen als gewöhnlich gegessen.	1	Ich verspürte ein Bedürfnis häufiger als üblich zu essen.
2	Ich habe deutlich weniger als gewöhnlich gegessen und musste mich dazu auch noch überwinden.	2	Ich habe regelmäßig häufigere und größere Mengen als üblich gegessen.
3	Ich habe im Laufe von 24 Stunden kaum etwas gegessen und nur mit äußerster Anstrengung oder wenn mich andere überredet haben, zu essen.	3	Ich verspürte einen Drang mehr zu essen, sowohl bei den Mahlzeiten als auch dazwischen.
<b>14. Während der letzten 4 Wochen:</b>		<b>15. Während der letzten 4 Wochen:</b>	
0	hat sich mein Gewicht nicht geändert.	0	hat sich mein Gewicht nicht geändert.
1	habe ich wahrscheinlich etwas abgenommen.	1	habe ich wahrscheinlich etwas zugenommen.
2	habe ich 1-2,5 kg abgenommen.	2	habe ich 1-2,5 kg zugenommen.
3	habe ich mehr als 2,5 kg abgenommen.	3	habe ich mehr als 2,5 kg zugenommen.
<b>18. Allgemeine Interessen:</b>			
0	Meine Interessen an anderen Menschen oder Aktivitäten waren unverändert.		
1	Ich bemerkte eine Verminderung meines Interesses an Leuten oder Aktivitäten.		
2	Ich merkte, dass ich mich nur noch für eine oder zwei meiner früheren Aktivitäten interessierte.		
3	Ich hatte überhaupt kein Interesse mehr an irgendwelchen früheren Aktivitäten.		
<b>16. Fähigkeit zu Freude und Vergnügen (außer sexuelle Aktivität):</b>			
0	Ich genoss in gewohnter Weise angenehme Aktivitäten.		
1	Ich empfand nicht wie sonst Vergnügen an angenehmen Aktivitäten.		
2	Ich empfand selten Vergnügen an irgendwelchen Aktivitäten.		
3	Ich war wirklich unfähig, Freude oder Vergnügen an irgendeiner Aktivität zu empfinden.		
<b>17. Sexuelles Interesse (bitte Interesse und nicht Aktivität angeben):</b>			
0	Ich hatte ein unverändertes Interesse an Sex.		
1	Mein Interesse an Sex war etwas geringer als üblich bzw. ich hatte nicht das gleiche Vergnügen wie früher.		
2	Ich hatte wenig Interesse an Sex bzw. hatte dabei selten Freude.		
3	Ich hatte gar kein Interesse an Sex bzw. hatte keine Freude dabei.		

<b>19. Konzentration und Entscheidungsvermögen:</b>		
0	Mein Konzentrations- und Entscheidungsvermögen war unverändert.	
1	Ich fühlte mich gelegentlich unentschlossen und unaufmerksam.	
2	Meistens hatte ich sehr große Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren oder mich zu entscheiden.	
3	Ich konnte mich auf das Lesen nicht ausreichend konzentrieren oder selbst weniger wichtige Entscheidungen nicht treffen.	
<b>20. Sicht meiner Zukunft:</b>		
0	Bezüglich meiner Zukunft war ich optimistisch.	
1	Ich war gelegentlich pessimistisch bezüglich meiner Zukunft; aber meistens glaubte ich, dass sich die Dinge zum besseren entwickeln.	
2	Ich war mir ziemlich sicher, dass meine nächste Zukunft (1-2 Monate) nicht viel Gutes bringen wird.	
3	Ich sah keine Hoffnung, dass mir in der Zukunft jemals etwas Positives passieren wird.	
<b>21. Gedanken an Tod oder Selbstmord:</b>		
0	Ich hatte keinerlei Gedanken an Selbstmord oder Tod.	
1	Ich empfand das Leben als leer bzw. fragte mich, ob es lebenswert ist.	
2	Ich dachte mehrfach in der Woche während mehrerer Minuten an Selbstmord oder den Tod.	
3	Ich dachte jeden Tag wiederholt und im Detail an Selbstmord oder Tod bzw. machte ernsthaft Selbstmordpläne oder versuchte tatsächlich, mich umzubringen.	
<b>22. Energieniveau:</b>		
0	Meine Energie war unverändert.	
1	Ich ermüdete leichter als gewöhnlich.	
2	Ich musste mich sehr anstrengen, um mit meinen alltäglichen Aktivitäten (z.B.: Einkaufen, Haushaltsarbeit, zur Arbeit gehen, Kochen usw.) zu beginnen und sie abzuschließen.	
3	Ich war aufgrund meiner Energielosigkeit nicht in der Lage, alltägliche Dinge zu erledigen.	
<b>23. Verlangsamung:</b>		
0	Die Geschwindigkeit meines Denkens, Sprechens und meiner Gesten war unverändert.	
1	Ich empfand mein Denken als langsamer bzw. meine Stimme als stumpf und matt.	
2	Auf die meisten Fragen konnte ich erst nach einigen Sekunden antworten, und ich bin sicher, dass mein Denken verlangsamt war.	
3	Oft fiel es mir ausgesprochen schwer, auf Fragen zu antworten.	
<b>24. Ruhelosigkeit:</b>		
0	Ich fühlte mich nicht ruhelos.	
1	Ich war oft zappelig, knetete meine Hände und rutschte beim Sitzen hin und her.	
2	Ich fühlte mich gezwungen herumzugehen und war ziemlich rastlos.	
3	Manchmal konnte ich nicht stillsitzen und musste ständig herumlaufen.	

<b>25. Schmerzen:</b>		
0	Ich hatte keinerlei Schweregefühl in Armen oder Beinen und keine Schmerzen.	
1	Manchmal bekam ich Kopf-, Bauch-, Rücken- oder Gelenkschmerzen, die mich jedoch nicht von meinen üblichen Aktivitäten abhielten.	
2	Ich hatte die oben genannten Schmerzen die meiste Zeit.	
3	Die genannten Schmerzen waren so stark, dass ich gezwungen war, meine jeweilige Aktivität abubrechen.	
<b>26. Weitere körperliche Beschwerden:</b>		
0	Ich hatte keines der folgenden Symptome: Herzrasen, verschwommenes Sehen, Schwitzen, Hitzewallungen oder Kältegefühl, Ohrensausen, Brustschmerzen oder Zittern.	
1	Ich hatte einige dieser Symptome; sie waren jedoch nur leicht ausgeprägt und nur zeitweilig vorhanden.	
2	Ich hatte mehrere dieser Symptome, die mich ziemlich störten.	
3	Ich hatte mehrere dieser Symptome, und wenn sie auftraten, musste ich jegliche Aktivität abbrechen.	
<b>27. Panik und Angst:</b>		
0	Ich hatte keine zeitweise auftretende panische Angst oder Angst vor etwas Bestimmtem (Phobien), wie z.B. vor Tieren oder Höhe.	
1	Ich hatte Zustände von nicht sehr ausgeprägter panischer Angst oder Phobien, die normalerweise mein Verhalten nicht änderten bzw. mich nicht vom normalen Leben abhielten.	
2	Ich hatte Zustände von ausgeprägter panischer Angst oder Phobien, die mich dazu zwangen mein Verhalten zu ändern, mich aber nicht von meinem normalen Leben abhielten.	
3	Ich hatte mindestens einmal pro Woche Panikanfälle oder ausgeprägte Phobien, die mich an der Ausführung meiner täglichen Aktivitäten hinderten.	
<b>28. Verdauungsbeschwerden:</b>		
0	Mein Stuhlgang war unverändert.	
1	Ich hatte gelegentlich Verstopfung oder leichten Durchfall.	
2	Ich litt die meiste Zeit unter Verstopfung oder Durchfall, was jedoch meine tägliche Funktionsfähigkeit nicht beeinträchtigte.	
3	Ich litt an Verstopfung oder Durchfall. Dies erforderte eine medizinische Behandlung bzw. beeinträchtigte meine täglichen Aktivitäten.	
<b>29. Zwischenmenschliche Empfindsamkeit:</b>		
0	Ich habe mich durch andere weder abgewiesen, noch beleidigt, kritisiert oder gekränkt gefühlt.	
1	Ich habe mich durch andere gelegentlich abgewiesen, beleidigt, kritisiert oder gekränkt gefühlt.	
2	Ich habe mich durch andere häufig abgewiesen, beleidigt, kritisiert oder gekränkt gefühlt, was aber nur leichte Auswirkungen auf meine Beziehungen zu anderen Personen oder Arbeit hatte.	
3	Ich habe mich durch andere häufig abgewiesen, beleidigt, kritisiert oder gekränkt gefühlt, was zu einer spürbaren Beeinträchtigung meiner Beziehungen zu anderen Personen und zu meiner Arbeit führte.	
<b>30. Schweregefühl/körperliche Energie:</b>		
0	Ein Gefühl von bleierner Körperschwere oder mangelnder Energie habe ich in der letzten Woche nicht erlebt.	
1	Ich hatte gelegentlich ein Gefühl von bleierner Körperschwere und mangelnder Energie, jedoch ohne Beeinträchtigung von Arbeit, Schule oder Aktivitätsniveau.	
2	Ich hatte mehr als die Hälfte der letzten Woche ein Gefühl von bleierner Körperschwere (Mangel an Energie).	
3	Ich hatte die meiste Zeit ein Gefühl von bleierner Schwere (Mangel an körperlicher Energie), d.h. mehrere Stunden am Tag und mehrere Tage pro Woche.	

## FLei-Test

	Wie häufig kommt das vor?				
	nie	selten	mittel	häufig	sehr häufig
Es fällt mir schwer, mich durchgehend über eine halbe Stunde zu konzentrieren.					
Wenn ich einen Zeitungsartikel gelesen habe und die Zeitung dann weglege, habe ich den Inhalt des Artikels schon wieder vergessen.					
Ich brauche jetzt für alles mehr Zeit als früher.					
Eine Geburtstagsfeier vorzubereiten, fällt mir schwer.					
Wenn ich etwas lese, schweifen meine Gedanken bald ab, so dass ich gar nicht mitbekomme, was ich da gerade lese.					
Es fällt mir schwer, meinen Tagesablauf (Essenszeiten, Arbeiten, Termine, Freizeit) selbständig zu planen.					
Ganz normale Nebengeräusche stören mich beim Lesen.					
Wenn ich Sorgen habe, verliere ich völlig den Überblick.					
Selbst altbekannte Namen fallen mir nicht mehr ein.					
In Zeiten, in denen ich mich zu nichts richtig aufraffen kann, sind auch meine Konzentrationsprobleme besonders schlimm.					
Neues zu verstehen z.B. ein Spiel, fällt mir schwer.					
Manchmal überstürzt sich in meinem Kopf alles, so dass ich mir nichts merken kann.					
Beim Lesen eines Romans verliere ich den Überblick über die Handlung und die Personen.					
Ich habe Zeiten, in denen mein Gedächtnis ganz schlecht ist, und Zeiten, in denen mein Gedächtnis normal gut ist.					
Witze verstehe ich oft nicht.					
Im Gespräch suche ich nach Worten.					
Rätsel und Knobelaufgaben kann ich nicht lösen.					
Bei Spielfilmen kann ich der Handlung nicht folgen.					
Wenn ich eine Geschichte, die mir jemand erzählt hat, zu Hause weitererzählen will, bekomme ich den Inhalt nicht mehr zusammen.					
Ich übersehe Personen auf der linken Seite.					
Wenn ich etwas erzähle, verliere ich den roten Faden.					
Wenn ich eine Aufgabe im Kopf rechnen will, kann ich mir die Zwischenergebnisse nicht merken.					
Bei wichtigen Gesprächen nehme ich mir vor, gewisse Punkte anzusprechen. Anschließend stelle ich aber fest, dass ich einige Punkte vergessen habe anzusprechen.					
Mein Kopf ist so voll, dass ich mir nichts Neues merken kann.					
Beim Autofahren übersehe ich Verkehrsschilder.					
Beim Lesen habe ich Schwierigkeiten, mit den Augen die nächste Zeile zu finden.					
Wenn ich mich zu Nichts aufraffen kann, dann kann ich mir auch schlecht etwas merken.					
Ich bin phantasielos und unkreativ					



	nie	selten	mittel	häufig	sehr häufig
Früher konnte ich aufwendige Gerichte kochen. Heute gelingt mir die Koordination der Einzelschritte nicht mehr.					
Ich habe Schwierigkeiten, neue Wege zu lernen.					
Wenn ich einen Fehler gemacht habe, regt mich das so auf, dass ich mich danach einige Zeit nicht konzentrieren kann.					
Wenn ich etwas ausrichten soll, vergesse ich dies.					
Einen Urlaub zu planen, fällt mir schwer.					
Wenn ich im Geschäft stehe, weiß ich nicht mehr, was ich eigentlich kaufen wollte.					
Es fällt mir schwer, lange an einer Sache zu bleiben.					
Lösungen für Alltagsprobleme fallen mir nicht ein.					
Beim Einkaufen muss ich mir einen Zettel machen, damit ich nichts vergesse.					
Es kommt vor, dass ich die Tasse irrtümlich neben die Untertasse stelle.					
Wenn ich etwas lese, geht es einfach nicht in meinen Kopf hinein.					
Ich vergesse wichtige Termine (z.B. Besprechungen, Lieferfristen bei der Arbeit).					
Persönliche Erlebnisse aus den letzten Monaten habe ich vergessen.					
Wichtige Termine wie Einladungen, Verabredungen, Arztbesuche vergesse ich.					
Meine Konzentrationsprobleme beeinträchtigen das Alltagsleben.					
Ich werde im Straßenverkehr durch Personen oder Fahrzeuge erschreckt, die ich zunächst nicht wahrgenommen habe.					
Neue Namen kann ich mir schlecht merken.					
Mir fällt es schwer, aus Gewohnheiten auszubrechen.					
Erinnerungen aus meiner Kindheit und Jugend werden immer lebendiger.					
Beim Ausfüllen von Formularen verschreibe ich mich oft.					
Es fällt mir schwer, die Vor- und Nachteile einer Entscheidung abzuwägen (z.B. über Geld).					
Um besser sehen zu können, halte ich den Kopf schief.					
Persönliche Erlebnisse aus den letzten Jahren habe ich vergessen.					
Wenn ich Sorgen habe, fallen mir sogar für kleine Probleme keine Lösungen ein.					
Neue Gesichter kann ich mir schlecht merken.					
Dinge, die ich früher leicht gleichzeitig erledigen konnte (z.B. Abwaschen und sich unterhalten), schaffe ich jetzt nur noch einzeln.					
Es fällt mir schwer, einem Gespräch zwischen mehreren Personen zu folgen.					
Wenn ich einen Roman oder Zeitungsartikel lese, vergesse ich den Inhalt schnell.					
Wenn mich jemand bei einer Tätigkeit unterbricht, kann ich die Tätigkeit nachher nur schwer wieder aufnehmen.					
Verabredungen verpasse ich, weil ich die Zeit falsch eingeschätzt habe und deshalb zu spät komme.					
Ich verlege meinen Haustürschlüssel.					

	nie	selten	mittel	häufig	sehr häufig
Mir geht so viel durch den Kopf, dass ich mich kaum auf etwas anderes konzentrieren kann.					
Die Nachrichten im Fernsehen kann ich mir schlecht merken.					
Ich brauche jetzt für alltägliche Tätigkeiten wie Anziehen, mich Waschen etc. mehr Zeit.					
Namen von Politikern oder Prominenten, die ich mir merken wollte, vergesse ich wieder.					
Ich verlege wichtige Dokumente wie Briefe oder Rechnungen.					
In einem Raum, in dem sich mehrere Menschen unterhalten, fällt es mir schwer, mich auf meinen Gesprächspartner zu konzentrieren.					
Neuigkeiten aus der Familie, die ich mir unbedingt merken wollte, vergesse ich trotzdem.					
Es fällt mir schwer, die Bedienung eines neuen Gerätes zu erlernen.					
Ich habe das Gefühl, dass meine Gedanken blockiert sind.					
Ich habe Schwierigkeiten, mein Wochenende zu planen.					
In einer Diskussion fällt es mir schwer, den verschiedenen Gesprächsteilnehmern wechselnd zuzuhören.					
Ich kann nicht mehr über einen längeren Zeitraum hinweg am Stück lesen.					
Ich vergesse, meine Medikamente zunehmen. (Wenn Medikamente verordnet sind)					
Handlungen breche ich vorzeitig ab, wenn nicht ständig von Dritten die Aufforderung erfolgt weiterzumachen.					
Es fällt mir schwer, meinen Tag schon am Morgen zu planen.					
Manchmal überstürzt sich in meinem Kopf alles, so dass ich danach nichts mehr aufnehmen kann.					
Ich stehe da und weiß nicht mehr, was ich gerade tun wollte.					
Morgens ist mein Kopf ganz leer und ich bekomme dann auch nichts hinein bzw. kann mir die einfachsten Dinge nicht merken.					
Mein Weg durch den Supermarkt ist ganz chaotisch.					
Nebengeräusche stören mich jetzt stärker als früher.					
Meine Gedächtnisprobleme beeinträchtigen den Alltag.					
Wenn ich die Zeitung lese, muss ich Zeilen mehrfach lesen, weil ich den Inhalt gar nicht mitbekommen habe.					

Meine Schwierigkeiten im Alltag kommen hauptsächlich von (Bitte zutreffendes ankreuzen):		
Gedrückter Stimmung	Ängsten und Sorgen	Schwachem Antrieb
Unkonzentriertheit	Vergesslichkeit	Zerfahrenheit
Umständlichkeit	Andere Gründe: _____	Trifft auf mich nicht zu.

**Viele Dank für Ihre Mitarbeit und Ihre Zeit!**