

## Fragebogen: Wie geht es Dir?

Ja

Nein

|  | Ja | Nein |
|--|----|------|
| Hast du oft Bauchschmerzen?  |    |      |
| Hast du keinen oder wenig Appetit?                                     |    |      |
| Hast du oft Kopfschmerzen?   |    |      |
| Hast du Beschwerden, für die keine körperliche Ursache gefunden wurde? |    |      |
| Hast du keinen Antrieb und empfindest oft eine Müdigkeit               |    |      |
| Empfindest du in dir eine Unruhe?                                      |    |      |
| Hast du Probleme mit Einschlafen?                                      |    |      |
| Wachst du in der Nacht häufig auf?                                     |    |      |
| Dinge, die dir Freude gemacht haben, interessieren dich nicht mehr?    |    |      |
| Hast du das Vertrauen in deine Fähigkeiten verloren?                   |    |      |
| Quälst du dich mit Schuldgefühlen und Selbstkritik?                    |    |      |
| Hast du das Gefühl, dass deine Zukunft schlecht sein wird?             |    |      |
| Bist du oft gereizt?   |    |      |
| Kannst du dich schlecht konzentrieren?                                 |    |      |
| Fühlst du dich überfordert?  |    |      |
| Bist du oft ohne Grund bedrückt oder mutlos?                           |    |      |
| Ist am Morgen alles am schlimmsten?                                    |    |      |
| Ziehst du dich von anderen Menschen zurück?                            |    |      |
| Bist du verzweifelt und möchtest nicht mehr leben?                     |    |      |