

Basisdokumentation PNI – Patientenbogen für Paper Pencil Ausgabe

Name, Vorname : _____
Geb. - Datum : ____ . ____ . _____ Dokumentationsdatum : ____ . ____ . _____
MEONA Pat. ID : _____ MEONA Aufenthaltskennung : _____
PNI-Kennung: GI ____ T ____

Liebe Patientin, lieber Patient,

auf diesem Dokumentationsbogen werden Sie gebeten, einige Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrer persönlichen Lebenssituation zu machen. Körperliche und seelische Belastungen können gemessen werden. Mit dem nachfolgenden Fragebogen untersuchen wir, ob, und wenn ja wie stark Sie z.B. von Stress belastet sind. Mit Hilfe dieses Fragebogens können wir Veränderungen Ihrer Belastung über die Zeit objektiv, d.h. vergleichbar, feststellen. Mit Hilfe dazugehöriger Blut- und ggf. Haarproben können wir darüber hinaus untersuchen, ob das Erleben von körperlichem und seelischem Stress sich auf Ihre Ausschüttung von Botenstoffen z.B. der Stressantwort auswirkt. Mit Hilfe dieser Daten können wir außerdem feststellen, ob sich diese Messwerte über die Zeit verändern.

Die Ergebnisse unserer Untersuchungen sind für Ihre Therapeut:innen und Ärzt:innen wichtig, damit sie Ihre persönliche Behandlung besser planen können. Sie sollen außerdem die Qualität der klinischen Versorgung überprüfen und verbessern und zur Entwicklung neuer Therapiemöglichkeiten beitragen.

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Äußerungen über verschiedene Gesichtspunkte, die auf Personen mit und ohne psychische und körperliche Belastung zutreffen können.

Nicht alle Fragen werden Sie persönlich betreffen.

Wir bitten Sie dennoch **alle Fragen zu beantworten**. Wir interessieren uns für das Ausmaß, in dem diese Äußerungen auf Sie persönlich zutreffen. Der Fragebogen befasst sich mit Ihrer eigenen, persönlichen Meinung. Es gibt keine „falschen“ oder „richtigen“ Antworten!

Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage eine Zahl an und lassen Sie keine Frage aus.

Bitte lesen Sie die Aussagen sorgfältig,

aber verbringen Sie nicht so viel Zeit bei den einzelnen Punkten.

Ihre erste Antwort ist die beste!

Manche Aussagen treffen für Sie nur manchmal oder selten zu.

Bitte lassen Sie trotzdem keine Äußerung aus!

Wählen Sie den Grad der Abstufung, der für Sie am ehesten zutrifft.



Wie oft fühlten Sie sich **im Verlauf der letzten 2 Wochen** durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	überhaupt nicht 0	an einzelnen Tagen 1	an mehr als der Hälfte der Tage 2	beinahe jeden Tag 3
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"/>

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"/>

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der **letzten 2 Wochen** durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	überhaupt nicht 0	an einzelnen Tagen 1	an mehr als der Hälfte der Tage 2	beinahe jeden Tag 3
1) Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/>

Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der **letzten 7 Tage** durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark
	0	1	2	3	4
1) Bauchschmerzen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>				
2) Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>				
3) Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken	<input type="checkbox"/>				
4) Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>				
5) Schmerzen im Brustbereich oder Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>				
6) Schwindel	<input type="checkbox"/>				
7) Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>				
8) Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>				

Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der **letzten 7 Tage** durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
	0	1	2	3	4
1) Ich denke, dass meine körperlichen Beschwerden Anzeichen einer ernsthaften Erkrankung sind.	<input type="checkbox"/>				
2) Ich mache mir große Sorgen um meine Gesundheit.	<input type="checkbox"/>				
3) Meine gesundheitlichen Sorgen behindern mich im Alltag.	<input type="checkbox"/>				
4) Ich bin von der Ernsthaftigkeit meiner körperlichen Beschwerden überzeugt.	<input type="checkbox"/>				
5) Meine körperlichen Beschwerden machen mir Angst.	<input type="checkbox"/>				
6) Meine körperlichen Beschwerden beschäftigen mich den größten Teil des Tages.	<input type="checkbox"/>				
7) Andere sagen mir, dass meine körperlichen Beschwerden nicht schlimm sind.	<input type="checkbox"/>				
8) Ich mache mir Sorgen, dass meine körperlichen Beschwerden niemals aufhören werden.	<input type="checkbox"/>				
9) Die Sorgen um meine Gesundheit rauben mir Energie.	<input type="checkbox"/>				
10) Ich denke, dass die Ärzte meine körperlichen Beschwerden nicht ernst nehmen.	<input type="checkbox"/>				
11) Ich mache mir Sorgen auch in Zukunft durch meine körperlichen Beschwerden beeinträchtigt zu bleiben.	<input type="checkbox"/>				
12) Durch meine körperlichen Beschwerden kann ich mich schlecht auf andere Dinge konzentrieren.	<input type="checkbox"/>				

