

Psychiatric University Hospital Zurich, Division of Clinical Psychiatry

Beschwerden-Liste

BESCHWERDEN

D. V. Zerssen

STUDY	[_ _ _ _]	1-4
GROUP	[_ _]	5-6
PATIENT	[_ _ _]	7-9
RATING DAY	[_ _ _]	10-12
CARD NUMBER	[_ _]	13-14
Sex (1=male, 2=female)	[_]	15
Birthday (dd.mm.yyyy)	[_ _ : _ _ : _ _ _ _]	16-23
Date of hospitalization (dd.mm.yyyy)	[_ _ : _ _ : _ _ _ _]	24-31
First diagnosis	[_ _ _ . _ _]	32-36
Second diagnosis	[_ _ _ . _ _]	37-41
Diagnostic system (1=ICD9, 2=ICD10, 3=DSM3-R, 4=DSM4)	[_]	42
Age at onset	[_ _]	43-44
Course (1=first manifestation, 2=intermittent, 3=progredient, 4=chronic)	[_]	45
Duration of Current Episode Prior to Hospitalization (days)	[_ _ _]	46-48
Medication Prior to Hospitalization (0=none, 1=antidepr., 2=neuroleptics, 3=other)	[_]	49
Current Medication (cf. list of codes)	[_ _ _]	50-52
Educational level (1=remedial, 2=junior high, 3=high, 4=college)	[_]	53
DATE (dd.mm.yyyy)	[_ _ : _ _ : _ _ _ _]	54-61
INTERVIEWER	[_ _ _]	62-64
HOSPITAL	[_ _]	65-66
PATIENT ID (the hospital's internal PID)	[_ _ _ _ _ _ _ _ _ _]	67-78

Bitte füllen Sie diese Beschwerdenliste sorgfältig aus. Geben Sie eine „1“ in das entsprechende Kästchen, wenn die Beschwerde zutrifft, eine „0“ wenn Sie nicht zutrifft.

0 = nein, trifft nicht zu; 1 = ja, trifft zu;
Bitte tragen Sie in jedem Kästchen die zutreffende Zahl ein!

Kartenummer	1-12 dupl [_ _] 13-14
Ich leide unter folgenden Beschwerden:	
1 Kopfschmerzen bzw. Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen	[_] 15
2 Müdigkeit	[_] 16
3 Klossgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals	[_] 17
4 Gleichgewichtsstörungen	[_] 18
5 Anfallsweise Atemnot	[_] 19
6 Erstickungsgefühl	[_] 20
7 Kurzluftigkeit	[_] 21
8 Neigung zum Weinen	[_] 22
9 Chronischer Husten	[_] 23
10 Schwächegefühl	[_] 24
11 Appetitlosigkeit	[_] 25
12 Schluckauf	[_] 26
13 Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern	[_] 27
14 Schluckbeschwerden	[_] 28
15 Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	[_] 29
16 Rasche Erschöpfbarkeit	[_] 30
17 Angstgefühl	[_] 31
18 Druck- oder Völlegefühl	[_] 32
19 Leibschmerzen (einschl. Magen- oder Unterleibsschmerzen)	[_] 33
20 Ohnmachtsanfälle	[_] 34
21 Überempfindlichkeit gegen bestimmte Gerüche	[_] 35
22 Mattigkeit	[_] 36
23 Sodbrennen oder saures Aufstossen	[_] 37
24 Übelkeit	[_] 38

25	Erbrechen	[_]	39
26	Beklemmungsgefühl	[_]	40
27	Durchfall	[_]	41
28	Verstopfung	[_]	42
29	Energielosigkeit	[_]	43
30	Häufiger Harndrang	[_]	44
31	Reizbarkeit	[_]	45
32	Grübeleien	[_]	46
33	Starkes Schwitzen	[_]	47
34	Kreuz- oder Rückenschmerzen	[_]	48
35	Gelenk- oder Gliederschmerzen	[_]	49
36	Konzentrationsschwäche	[_]	50
37	Innere Unruhe	[_]	51
38	Kalte Füße	[_]	52
39	Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen	[_]	53
40	Unruhe in den Beinen	[_]	54
41	Mangel an geschlechtlicher Erregbarkeit	[_]	55
42	Erregende erotische Vorstellungen	[_]	56
43	Überempfindlichkeit gegen Wärme	[_]	57
44	Überempfindlichkeit gegen Kälte	[_]	58
45	Schlaflosigkeit	[_]	59
46	Übermässiges Schlafbedürfnis	[_]	60
47	Schwere Träume	[_]	61
48	Aufsteigende Hitze, Hitzewallungen	[_]	62
49	Berufliche oder private Sorgen	[_]	63
50	Juckreiz	[_]	64
51	Leichtes Erröten	[_]	65
52	Frieren	[_]	66
53	Heisshunger	[_]	67
54	Schwindelgefühl	[_]	68
55	Todesfurcht	[_]	69
56	Trübe Gedanken	[_]	70
57	Starker Durst	[_]	71
58	Zittern	[_]	72

59	Taubheitsgefühl (Einschlafen, Absterben) in Händen oder Füßen	[_]	73
60	Innere Gespanntheit	[_]	74
61	Nacken- bzw. Schulterschmerzen	[_]	75
62	Halsschmerzen oder Kratzen im Hals	[_]	76
63	Gewichtsabnahme	[_]	77
64	Gewichtszunahme	[_]	78
65	Vergesslichkeit	[_]	79

Darüber hinaus habe ich noch folgende Beschwerden: