

Psychiatric University Hospital Zurich, Division of Clinical Psychiatry

BEFINDLICHKEITS - SKALA

Bf - S

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=progreident, 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



Anmerkung zum Ausfüllen des Fragebogens: Im folgenden finden Sie eine Reihe von Eigenschaftspaaren. Bitte entscheiden Sie - ohne lange zu überlegen - welche der beiden Eigenschaften Ihrem **augenblicklichen Zustand** am ehesten entspricht. Machen Sie in das Kästchen hinter der eher zutreffenden Eigenschaft ein Kreuz. Nur wenn Sie sich gar nicht entscheiden können, machen Sie ein Kreuz in das Kästchen "weder - noch". Lassen Sie bitte keine Zeile aus. **Alle Ihre Angaben werden vertraulich behandelt!**

Kartennummer

[Diese Spalte
bitte leer lassen]

1-12 dupl

[_ _] 13-14

Ich fühle mich jetzt:

	<i>eher</i>		<i>eher</i>		<i>weder-noch</i>	
1. frisch	<input type="checkbox"/> (0)	matt	<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (9)	[_] 15
2. teilnahmslos	<input type="checkbox"/> (0)	teilnahmsvoll	<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (9))	[_] 16
3. froh	<input type="checkbox"/> (0)	schwermütig	<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (9)	[_] 17
4. erfolgreich	<input type="checkbox"/> (0)	erfolglos	<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (9)	[_] 18
5. gereizt	<input type="checkbox"/> (0)	friedlich	<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (9)	[_] 19
6. entschlossenlos	<input type="checkbox"/> (0)	entschluss- freudig	<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (9)	[_] 20
7. lustig	<input type="checkbox"/> (0)	weinerlich	<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (9)	[_] 21
8. gutgelaunt	<input type="checkbox"/> (0)	verstimmt	<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (9)	[_] 22

Ich fühle mich jetzt:

[Diese Spalte
bitte leer lassen]

		<i>eher</i>		<i>eher</i>		<i>weder-noch</i>			
9.	appetitlos	<input type="checkbox"/>	(0)	appetitfreudig	<input type="checkbox"/>	(1)	<input type="checkbox"/>	(9)	[_] 23
10.	gesellig	<input type="checkbox"/>	(0)	zurückgezogen	<input type="checkbox"/>	(1)	<input type="checkbox"/>	(9)	[_] 24
11.	minderwertig	<input type="checkbox"/>	(0)	vollwertig	<input type="checkbox"/>	(1)	<input type="checkbox"/>	(9)	[_] 25
12.	entspannt	<input type="checkbox"/>	(0)	gespannt	<input type="checkbox"/>	(1)	<input type="checkbox"/>	(9)	[_] 26
13.	glücklich	<input type="checkbox"/>	(0)	unglücklich	<input type="checkbox"/>	(1)	<input type="checkbox"/>	(9)	[_] 27
14.	scheu	<input type="checkbox"/>	(0)	zugänglich	<input type="checkbox"/>	(1)	<input type="checkbox"/>	(9)	[_] 28
15.	sündig	<input type="checkbox"/>	(0)	rein	<input type="checkbox"/>	(1)	<input type="checkbox"/>	(9)	[_] 29
16.	sicher	<input type="checkbox"/>	(0)	bedroht	<input type="checkbox"/>	(1)	<input type="checkbox"/>	(9)	[_] 30
17.	verlassen	<input type="checkbox"/>	(0)	umsorgt	<input type="checkbox"/>	(1)	<input type="checkbox"/>	(9)	[_] 31
18.	ausgewogen	<input type="checkbox"/>	(0)	innerlich getrieben	<input type="checkbox"/>	(1)	<input type="checkbox"/>	(9)	[_] 32
19.	selbtsicher	<input type="checkbox"/>	(0)	unsicher	<input type="checkbox"/>	(1)	<input type="checkbox"/>	(9)	[_] 33
20.	elend	<input type="checkbox"/>	(0)	wohl	<input type="checkbox"/>	(1)	<input type="checkbox"/>	(9)	[_] 34

Ich fühle mich jetzt:

	<i>eher</i>		<i>eher</i>	<i>weder-noch</i>	
21. beweglich	<input type="checkbox"/> (0)	starr	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (9)	[_] 35
22. müde	<input type="checkbox"/> (0)	ausgeruht	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (9)	[_] 36
23. zögernd	<input type="checkbox"/> (0)	bestimmt	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (9)	[_] 37
24. ruhig	<input type="checkbox"/> (0)	unruhig	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (9)	[_] 38
25. schwunglos	<input type="checkbox"/> (0)	schwungvoll	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (9)	[_] 39
26. nutzlos	<input type="checkbox"/> (0)	unentbehrlich	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (9)	[_] 40
27. schwerfällig	<input type="checkbox"/> (0)	lebhaft	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (9)	[_] 41
28. überlegen	<input type="checkbox"/> (0)	unterlegen	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (9)	[_] 42

[Diese Spalte
bitte leer lassen]

Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.