

Depressionsscreening

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen ehrlich und nach bestem Wissen. Ihre Angaben helfen dabei, eine Einschätzung Ihrer aktuellen Situation vorzunehmen und Ihre Aufnahme in unserer Klinik zu planen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte kreuzen Sie die passende Antwort an oder tragen Sie die entsprechenden Informationen ein.

1 Aktuelle depressive Symptome

1.1 Haben Sie in den letzten zwei Wochen das Gefühl gehabt, überwiegend niedergeschlagen, traurig oder hoffnungslos zu sein?

- ☐ Ja
☐ Nein

1.2 Haben Sie in den letzten zwei Wochen deutlich weniger Interesse oder Freude an Dingen gehabt, die Ihnen normalerweise Freude bereiten?

- ☐ Ja
☐ Nein

1.3 Haben Sie in den letzten zwei Wochen Schwierigkeiten gehabt, sich zu konzentrieren oder Entscheidungen zu treffen?

- ☐ Ja
☐ Nein

1.4 Haben Sie in den letzten zwei Wochen Probleme mit Ihrem Schlaf gehabt (z. B. Einschlaf- oder Durchschlafstörungen, zu viel Schlaf)?

- ☐ Ja
☐ Nein

1.5 Haben Sie in den letzten zwei Wochen ein verändertes Essverhalten bemerkt (z. B. deutlich weniger oder mehr Appetit als üblich)?

- ☐ Ja
☐ Nein

1.6 Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen besonders müde oder energielos gefühlt?

- ☐ Ja
☐ Nein

1.7 Haben Sie in den letzten zwei Wochen Schuldgefühle, Gefühle von Wertlosigkeit oder Versagen gehabt?

- ☐ Ja
☐ Nein

1.8 Haben Sie in den letzten zwei Wochen darüber nachgedacht, dass das Leben nicht mehr lebenswert ist oder dass Sie sich etwas antun könnten?

- ☐ Ja
☐ Nein

Ersteller:	J.-T. Hof	Freigeber:	Dr. G. Langs	Datum:	18.07.2025
Kommentar:	[Kommentar]				
Gültig für:	BBR	Fachbereich:	Psychosomatik		
Berufsgruppe:	Medizinischer Bereich	Thema:	Patientenbehandlung		



Depressionsscreening

2 Verlauf der Symptome

2.1 Wann haben Sie erstmals depressive Symptome in Ihrem Leben bemerkt?
(Datum oder geschätztes Jahr):

2.2 Seit wann bestehen Ihre aktuellen depressiven Symptome?
(Datum oder geschätztes Jahr):

2.3 Haben Sie zwischenzeitlich Phasen gehabt, in denen Sie frei von depressiven Symptomen waren?

☐ Ja

☐ Nein

2.4 Wenn ja, wie lange hielten diese symptomfreien Phasen in der Regel an?

2.5 Wie viele depressive Phasen haben Sie in Ihrem Leben erlebt?

2.6 Bestehen Ihre depressiven Symptome seit mindestens zwei Jahren fortlaufend?

☐ Ja

☐ Nein

3 Vorbehandlungen

3.1 Haben Sie jemals aufgrund der depressiven Symptomatik eine der folgenden Behandlungen in Anspruch genommen? (Mehrfachantworten möglich)

☐ Ambulante Psychotherapie

☐ Stationäre psychiatrische Behandlung

☐ Stationäre psychosomatische Behandlung

☐ Psychosomatische Rehabilitation

☐ Medikamentöse Behandlung

3.2 Haben Sie aufgrund Ihrer Depression bereits Erfahrungen mit Verhaltenstherapie gemacht?

☐ Ja

☐ Nein

3.3 Wenn ja, welche Erfahrungen haben Sie gemacht (bspw. hilfreich/nicht hilfreich)?

Depressionsscreening

4 Weitere Angaben

4.1 Gibt es in Ihrer Familie eine bekannte Vorgeschichte von Depressionen oder anderen psychischen Erkrankungen?

- ☐ Ja
☐ Nein

4.2 Sind folgende Themen im Zusammenhang mit ihrer Symptomatik für Sie von zentraler Bedeutung? Wenn mehrere Punkte auf Sie zutreffen, wählen Sie bitte den **für die gewünschte Behandlung im Vordergrund stehenden Aspekt** aus:

- ☐ Zwischenmenschliche Konflikte
- ☐ Rollenwechsel (bspw. Elternschaft, Rente, Berufliche Veränderung, Trennung)
- ☐ Trauer/Verlusterfahrung
- ☐ Schmerzen/körperliche Erkrankungen
- ☐ Berufliche Überlastung

4.3 Gibt es weitere Symptome oder Probleme, die Sie ansprechen möchten? (Falls ja, bitte kurz beschreiben):

5 CTS – Childhood Trauma Screener

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Kindheit und Jugend. Auch wenn die Fragen sehr persönlich sind, möchten wir Sie bitten, so ehrlich wie möglich zu antworten. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte kreuzen Sie hinter jeder Frage die Zahl an, die auf Sie am besten zutrifft.

Als ich aufwuchs...

	Gar nicht	Selten	Einige Male	Häufig	Sehr häufig
1. ...hatte ich das Gefühl geliebt zu werden.	①	②	③	④	⑤
2. ...schlugen mich Personen aus meiner Familie so stark, dass ich blaue Flecken oder Schrammen davontrug.	①	②	③	④	⑤
3. ...hatte ich das Gefühl, es hasst mich jemand in meiner Familie.	①	②	③	④	⑤
4. ...belästigte mich jemand sexuell.	①	②	③	④	⑤
5. ...gab es jemanden, der mich zum Arzt brachte, wenn ich es brauchte.	①	②	③	④	⑤