

Klopfest an der LWS (Neoplasie WS)
 Aortenaneurysmatest für tiefe abd. Techniken
 (Femoralis-Carotis-Vergleichstest)

Safty HWS: Art. Basilaris Zugtest
 Safty HWS: Shift-Test C 1/C 2, Lig. cruciforme
 Safty HWS: Zwangsrotation der Ligg. Alare
 Safty HWS: A. vertebralis, De Klijn-Nieuwenhuizer
 Safty HWS: Horner
 Safty HWS: Hautant's Test
 Safty HWS: Lig. transversum atlantis.
 Anamnese typischer perpetuierende Faktoren⁷¹
 Trinkverhalten Flüssigkeit
 Schlaflage ADL: Ergonomie
 Resorptionsbehindernde Faktoren⁷²

April- July, ;durchschnittl. 4 Tbl.	
Rheuma Labor o.B. (anamn.)	
	o.B.
	o.B.
	o.B.
	o.B.
	o.B.
	o.B.
	o.B.
	o.B.
	o.B.
	o.B. trinkt 3 l +
	o.B.
	Alkohol: nein; o.B. Kaffee: 1 l /Tag bis 2 l ⁷³ bei Dienst Nikotin: nein; o.B.

→ Einfluss Muskel-Stoffwechsel

⁷¹ Siehe auch: Travell Handbuch der Muskeltriggerpunkte J.G, Simons, D., G., S.187 ff, Kap. 4 Perpetuierende Faktoren, ganzes Kapitel

⁷² Travell, Simons, Handbuch der Triggerpunkte, Seite

⁷³ <http://www.gesundheits-lexikon.com/Ernaehrung-Diaeten/Genussmittel/Kaffee.html>, DL 11.09.2018

Schilddrüsenfehlfunktion
Zinkmangel (beteiligt u.a. an Melatoninsynthese)
Ernährung

DGE Empfehlung 400- 600 gr. Fleisch/Wo
(Einfluss Körpergewicht,
Säure- Base-Haushalt)

Vitaminmangel (Vit. B 1, 6, 12, C, u.a)

Labor (Arzt) o.B.
Serumzink o.B (Arzt)
Neu: Elemente Ernährung v. Arzt
Hat umgestellt, wird eingehalten
Physioth. nicht prüfbar, ärztl. nicht geprüft



Anhang (6) Praxis-Tabelle 2: Behandlungsplan

Siehe externe Anlage in separater Datei, bitte hier einfügen



Anhang (7): Praxis-Tabelle 3: Fremd-Konsulte

zu Kapitel: 4.7.4 Co-Behandlungen/Konsultationen

Behandler	Maßnahme	Einfluss Symptomatik	Anla -ge
Psychosomatik (Überweisung TA) Sportpsych. Praxis TCM Chiropraktor	Chiropraktik, Akupunktur 14-tägig, Wachhypnose	Änderung Schmerzqualität stechend zu dumpf, deutliche Empfindungen bei Akup. , rezidivierend	15
Truppenärztin (TA) (SP Naturheilkunde)	Elemente-Ernährung Baseninfusionen (Eu-ru- Bibag), Vit C Neuraltherapie	hilfreich keine unklar	-
Neurochirurg (Überweisung der TA)	Infiltration ISG Infiltration L 5 /S1 Befundungen: Keine OP Indikation akut	Keine 60 Min. Hauttaubheit	11
Heilpraktiker (eigener Konsult)	Gelum-Tropfen ^{74,75} 3x tgl. 2 ml (entsäuernd) Eleu-Curanina-Tropfen ⁷⁶ (Einleitung Regenerationsstoffwechsel)	hilfreich Verdauung verbessert AZ gebessert Weniger Schmerzen	-

⁷⁴ Burkard, T. et al., 2013, Seite 352-8.⁷⁵ Neumann et al., 2000, GD.⁷⁶ „Adaptogene Heilpflanzen“, Produktinfo 2018, GD.

2 x tgl. 30 Tro.

Verzicht auf
Schmerzmedikatio
n
Weniger erschöpft
Regenerationszeit
verkürzt



Anhang (8): Praxis-Tabelle Hausaufgaben Patient

Übung	Wiederholungen	Ziel/ Intention	Begründung	Behandlung s beginn Termin:
Auto-Mob. des S n. Dorn in RL mit Handtuchrolle unter caudalem Spol	Tgl.	Waden werden parallel zur Unterlage geführt aus 90 ° Knie und Hüftflex um ca 10cm n. cranial und caudal	Durch Eigengewicht auf fester Unterlage Mobilisiert das Sacrum mit den ISg Bewegungen in die S-Aufrichtung	1
Piriformisübung Laut Anlage (Variationen)		Schmerzlinderung	Ischias-entlastung	2
Turm-spinger-Übung (Scapulagleiten gegen Widerstand, Konzentrisch/exzentrische Aktivität, hier 5 KG)	3- 5 Sätze Je 15-20 WH	Druckentlastung an L 5 /S 1,	Unterstützung der Rehydrierung	3
Hockerliegestütz	3 x 10 WH Tgl. aus Vordehnung	Verbesserung sternosymphysialer Annäherung	Entlastung der Wirbelsäule	2.
Faszienrolle Ganze ORL	Tgl. 10 Min.	Adaptionsfähigkeit der ORL Anpassung an Physiolog. Sacrum	Nach R. Schleip	4
Wadendehnung An der Stufe	Tgl.3x 60 Sek. + vor /nach Sport	Verspannungen, Verkürzung lösen, Fasziale	Triggerpunkte, Störungen der Durchblutung	5

		Adhäsionen löse, Aufdehnen		
„Liegen nur liegen“ ⁷⁷		Entspannung /Wohlspannung	Somatisierungs- regulation Stressresilienz verbessern	6
CV 4 Eigen- behandlung		Aufhellung Stimmung Vagus- stimulation	Verbesserte Sekretion intracranialer Hohlorgane (z.B. Oxytocin)	
Basenbad 15-20 Min PH 8, 5 Natronlösung/ Natriumbi- karbonat Kaffee reduzieren	2 x wö.	Schnelle Entsäuerung ⁷⁸ Der EZM	Pädagogik: AHA-Effekt durch Vorher- Nachher Messung	alle
	Tgl. bis 4 Tassen, von Nahrung getrennt	Nährstoff- Resorption: Muskelstoff- wechsel verbessern		5.
Trinken Zimmertemperiertes , CO-2 freies Wasser, mineralienreich Omega 3 Fetts., Zink, Vit C	Tgl. Min. 3 Liter, verteilt ü.d. Tag			1.
	Tgl.	Reparatur Bindegewebe	Bereitstellung Vitamine /Spurenelemente / Nährstoffe für optimale Versorgung, damit der Körper s. Autoregulation im Zeitfenster	1.
Es sich gut gehen lassen	Tgl. mind. 5 Minuten Für sich selbst	Trophotrophie unterstützen, Vagus stimulieren, limbische Komponente	Selbstwirksamkei ts-erfahrung stärken, limbisch gesteuertes Belohnungssyste m anregen	3.

⁷⁷ Tanzberger, R., 2004, Seite 345.

⁷⁸ Worlitschek, M., 2015, GD.



Praxis für Physiotherapie, Naturheilkunde & Osteopathie

84489 Burghausen

Tel.:
Fax:

Eigenübungen

Für _____, geb. am _____ .1981:

Ziel: Erhaltung und Verbesserung der Beweglichkeit: Hüftgelenk, Dehnung M. Piriformis
Übung: Mobilisation der Hüfte in die Anstellung 1

Position 1



Ausgangsstellung:

Sitz auf dem Boden.

Übungsablauf:

Legen Sie das zu trainierende Bein in einer 45-Grad-Beugung vor Ihrem Körper ab, die Ferse zeigt nach innen. Das andere Bein strecken Sie nach hinten aus.

Position 2



Übungsablauf:

Drehen Sie den Oberkörper langsam in Richtung des vorderen Beines.

Position 3



Übungsablauf:

Neigen Sie jetzt den Oberkörper leicht nach vorne. Spüren Sie die Dehnung auf der Außenseite des Gesäßes.

Bewegen Sie sich anschließend langsam in die Ausgangsstellung zurück.

Anzahl / Wiederholungen / Zeit: Dehnung 45-60 Sekunden, mehrmals tgl. 3 WH

Anmerkungen: Dehnungsvariation für u.a. M. piriformis links



Anhang (9): Praxis- Befund PHQ-D Gesundheitsfragebogen für Patienten, anonymisiert

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

1 Wie stark fühlen Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Sorgen über Ihre Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sorgen über Ihr Gewicht oder Ihr Aussehen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Wenig oder kein sexuelles Verlangen oder Vergnügen beim Geschlechtsverkehr	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Schwierigkeiten mit dem Ehepartner, Lebensgefährtin, Freundin/Freund	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Belastung durch die Versorgung von Kindern, Eltern oder anderen Familienangehörigen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Stress bei der Arbeit oder in der Schule	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Finanzielle Probleme oder Sorgen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
h. Niemanden zu haben, mit dem man Probleme besprechen kann	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Etwas Schlimmes, das vor kurzem passiert ist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Gedanken an schreckliche Ereignisse von früher oder Träume darüber - z. B. die Zerstörung des eigenen Homes, ein schwerer Unfall, körperliche Gewalt oder eine sonstige Handlung unter Zwang	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Sind Sie im letzten Jahr gewachsen, getrieben oder ansonst von jemandem körperlich verletzt worden oder hat Sie jemand zu einer ungewünschten sexuellen Handlung gezwungen?

NEIN JA

3 Was belastet Sie zu Zeit in Ihrem Leben am meisten? Benutzung

NEIN JA

4 Nehmen Sie Medikamente gegen Angst, Depressionen oder Stress?

NEIN JA

5 Nur für Frauen: Fragen zum Thema Monatsblutung, Schwangerschaft und Geburt

a. Wodurch wird Ihre Monatsblutung am besten beschrieben?

Monatsblutung ist unverändert	Keine Monatsblutung aufgrund von Schwangerschaft oder kürzlicher Geburt	Monatsblutung ist unregelmäßig geworden bzw. Dauer, Abstand oder Stärke haben sich verändert	Keine Monatsblutung seit mindestens einem Jahr	Monatsblutung bei Normalregelmäßigkeit (Einnahme von Östrogenen) oder Verhütung durch die Pille
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Haben Sie in der Woche vor dem Beginn Ihrer Monatsblutung ausgedehnte Probleme mit Ihrer Stimmung - z. B. Depressionen, Angst, Reizbarkeit, Aggressivität oder Stimmungsschwankungen?

NEIN (oder trifft nicht zu) JA

c. Wenn „JA“: Verschwanden diese Probleme am Ende Ihrer Monatsblutung wieder?

d. Haben Sie während der letzten 6 Monate ein Kind geboren?

e. Hatten Sie während der letzten 6 Monate eine Fehlgeburt?

f. Haben Sie Schwangerschaft, schwanger zu werden?

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

Name: _____ Alter: 37 Geschlecht: weiblich männlich Datum: 13/09/18

1 Wie stark fühlen Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Bauchschmerzen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklappen oder Herzrasen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schammut oder Hoffungslosigkeit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c. Schwereitaten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst, Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>
h. Wären Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder spüren Sie im Gelenk „zappelig“ oder ruckelig und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsapparat als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deutsche Übersetzung und Validierung des „Patient Health Questionnaire (PHQ)“ durch B. Löwe, S. Zipf und M. Herzig, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg (Englische Originalliteratur: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999). © 2002 Pfizer

Deutsche Übersetzung und Validierung des „Patient Health Questionnaire (PHQ)“ durch B. Löwe, S. Zipf und M. Herzig, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg (Englische Originalliteratur: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999). © 2002 Pfizer

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

3 Fragen zum Thema „Angst“

	NEIN	JA
a. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 5.

b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf - d. h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstfall.

	NEIN	JA
a. Bekamen Sie schlecht Luft?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklappen oder unregelmäßiges Herzschlag?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Haben Sie geschwehrt?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hatten Sie Hitzeempfindungen oder Kälteschauer?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Fühlten Sie sich schwinnelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Zitterten oder bebten Sie?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Wie oft fühlen Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage
a. Nervosität, Anspannung, Anspannung oder übermäßige Besorgnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Wenn „Überhaupt nicht“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 6.

b. Gefühle der Unruhe, sodass Stillstehen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Leichte Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
d. Muskelverspannungen, Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
e. Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
f. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Lesen oder beim Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

6 Fragen zum Thema „Essen“

	NEIN	JA
a. Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, was und was Sie essen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b. Essen Sie öfter - in einem Zeitraum von 2 Stunden - Mengen, die andere Leute als ungewöhnlich groß beschreiben würden?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn „NEIN“ bei a oder b, gehen Sie bitte zu Frage 8.

c. Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

7 Haben Sie während der letzten 3 Monate öfter eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen unternommen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden?

	NEIN	JA
a. Sich selbst zum Erbrechen gebracht?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Getastet, d. h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mehr als eine Stunde Sport getrieben mit dem ausschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, wenn Sie sie eben beschrieben (für oder für) gegessen haben?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 Wenn Sie bei einer oder mehrerer dieser Maßnahmen, die eine Gewichtszunahme vermeiden sollen, „JA“ angegeben haben, kann eine davon im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vor?

	NEIN	JA
a. Sich selbst zum Erbrechen gebracht?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b. Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c. Getastet, d. h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
d. Mehr als eine Stunde Sport getrieben mit dem ausschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, wenn Sie sie eben beschrieben (für oder für) gegessen haben?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

9 Trinken Sie manchmal Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)?

Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 11.

10 Ist bei Ihnen im Laufe der letzten 6 Monate mehr als einmal eine der folgenden Situationen eingetreten?

	NEIN	JA
a. Sie haben Alkohol getrunken, obwohl Ihnen ein Arzt angeraten hat, aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sie haben bei der Arbeit, in der Schule, bei der Versorgung der Kinder oder bei der Wahrnehmung anderer Verpflichtungen Alkohol getrunken, waren angetrunken oder „verlebert“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sie sind der Arbeit, der Schule oder anderen Verpflichtungen fern geblieben oder sind zu spät gekommen, weil Sie getrunken hatten oder „verlebert“ waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sie hatten Schwierigkeiten, mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Gläser Alkohol bzw. zu viel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 Wenn eines oder mehrere der bisher in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, gehen 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 checked="" type="checkbox"/>

Deutsche Übersetzung und Validierung des „Patient Health Questionnaire (PHQ)“ durch B. Löwe, S. Zipf und M. Herzig, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg (Englische Originalliteratur: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999). © 2002 Pfizer

Deutsche Übersetzung und Validierung des „Patient Health Questionnaire (PHQ)“ durch B. Löwe, S. Zipf und M. Herzig, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg (Englische Originalliteratur: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999). © 2002 Pfizer