

Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit

HEALTH-49

Name, Vorname:

Geb. am:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefonnummer:

Datum der Angaben:

Hamburger Module (HEALTH-49)

A Nachstehend finden Sie eine Liste von **Problemen und Beschwerden**. Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten zwei Wochen durch diese Beschwerden gestört oder belastet** worden sind. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Bitte beantworten Sie jede Frage!

Wie sehr litten Sie in den letzten zwei Wochen unter ...?

	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
1 Angst oder Furcht, alleine aus dem Haus zu gehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2 Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3 Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4 dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5 Angst oder Furcht, sich in größere Menschenmengen zu begeben	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6 Schuldgefühlen oder Selbstvorwürfen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7 Bauchschmerzen oder Verdauungsproblemen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8 Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder Ihr Leben beenden möchten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9 einem Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10 Angst oder Furcht vor offenen Plätzen oder auf die Straße zu gehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11 fehlendem Interesse und geringer Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12 einem Gefühl von Schwere in den Armen und Beinen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13 Schmerzen in Muskeln oder Gelenken	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
14 einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
15 Kopfschmerzen oder Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
16 Angst oder Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
17 Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
18 Angst oder Furcht vor geschlossenen Räumen (z.B. Fahrstuhl, Tunnel, Kino)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

B Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, mit denen man beschreiben kann, **wie man sich fühlt**. Bitte geben Sie an, wie oft Sie sich **in den letzten zwei Wochen** so gefühlt haben!

	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
1 Ich fühle mich gelöst	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2 Ich fühle mich wohl	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3 Ich bin entspannt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4 Ich fühle mich ausgeruht	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5 Ich kann genießen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Hamburger Module (HEALTH-49)

C Nachstehend finden Sie eine Liste von **Problemen und Schwierigkeiten**, die man **im Kontakt mit anderen Menschen** haben kann.
Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie sich **in den letzten zwei Wochen** durch diese Probleme im Kontakt mit anderen Menschen (Angehörigen, Freunden, fremden Personen, etc.) **belastet** oder **beeinträchtigt gefühlt** haben. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

Wie sehr litten Sie in den letzten zwei Wochen ...?

	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
1 unter Schwierigkeiten, anderen Menschen Ihre Gefühle zu zeigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2 unter der mangelnden Fähigkeit, anderen gegenüber bestimmt aufzutreten, wenn es die Lage erfordert	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3 unter Schwierigkeiten, Ihre wichtigen Anliegen anderen gegenüber durchzusetzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4 unter Schwierigkeiten, andere wissen zu lassen, dass Sie wütend sind	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5 unter Schwierigkeiten, jemandem zu sagen, dass er Sie nicht weiter belästigen soll	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6 darunter, dass Sie sich zu sehr von anderen ausnutzen lassen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7 unter der Angst, etwas Falsches zu sagen oder zu tun	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

D Im Folgenden finden Sie Aussagen, die sich darauf beziehen, inwieweit **Sie sich** trotz Ihrer körperlichen oder seelischen Beschwerden **in der Lage fühlen, Ihre Aufgaben zu erledigen, mit Belastungen umzugehen oder Dinge zu tun, die Ihnen wichtig sind**.
Bitte geben Sie für die **letzten zwei Wochen** an, wie sehr die jeweilige Aussage **für Sie zutrifft**.

Trotz meiner Beschwerden bin ich in der Lage ...

	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
1 mit meinen Schwierigkeiten und Problemen gut umzugehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2 meine persönlichen Ziele, die ich mir setze, zu erreichen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3 schwierige Probleme zu lösen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4 meinen normalen Lebensstil aufrechtzuerhalten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5 mir neue Fertigkeiten und Kompetenzen anzueignen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Hamburger Module (HEALTH-49)

E Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Beeinträchtigungen in Beruf, Haushalt, Freizeit oder sozialen Beziehungen aufgrund von seelischen oder körperlichen Beschwerden in den letzten zwei Wochen!						
Wie oft hatten Sie irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten und Aufgaben?		nie	selten	gelegentlich	oft	immer
1	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2	Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
		nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
3	Wie sehr waren Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt ?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4	Wie stark waren Sie darin beeinträchtigt , sich selbst zu versorgen (z.B. Einkaufen, Waschen, Kochen)?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Wie oft waren Sie in Ihrer Freizeit beeinträchtigt ?		nie	selten	gelegentlich	oft	immer
5	Ich konnte nicht so lange wie gewohnt meinen Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6	Ich konnte nicht meinen gewohnten Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

F Manchmal ist das Verhalten der anderen sehr hilfreich, manchmal weniger, manchmal ist es auch belastend. Bitte geben Sie an, wie häufig von den Menschen, die Ihnen nahe stehen, jemand ...						
		nie	selten	gelegentlich	oft	immer
1	Ihre Schwierigkeiten und Probleme herunter spielt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2	für Sie da ist, wenn Sie ihn/sie brauchen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3	sich unbehaglich zu fühlen scheint, wenn er/sie mit Ihnen über Ihre Probleme spricht	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4	wichtige Entscheidungen mit Ihnen bespricht	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5	mehr von Ihnen erwartet, als Sie leisten können	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6	Sie aufmuntert oder tröstet	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7	sich ärgert, wenn Sie seinen/ihrer Rat nicht annehmen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8	einen Teil seiner/ihrer Zeit oder Energie opfert, um etwas für Sie zu erledigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Telefonnummern:
	E-Mail:
1. Kostenträger:	
<input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkasse (GKV) <input type="checkbox"/> private Krankenkasse (PKV): eine Kostenzusage muss prästationär vorliegen. Ist diese beantragt bzw. vorhanden? <input type="checkbox"/> ja: Bitte senden Sie uns die Kostenübernahme zu. <input type="checkbox"/> nein: Bitte setzen Sie sich mit ihrer PKV bzgl. der Kostenübernahme in Verbindung <input type="checkbox"/> in Klärung <input type="checkbox"/> Bemerkungen: <input type="checkbox"/> sonstiger Kostenträger:	
2. Grad der Behinderung:	
<input type="checkbox"/> ja, _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt	
3. Berufliche Situation:	
Beruf: _____	Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vorhanden?
Sie sind aktuell arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____
Sie sind aktuell arbeitslos?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____
Sie sind aktuell berentet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____
	<input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente <input type="checkbox"/> teilberentet <input type="checkbox"/> vollberentet
Haben Sie Rente beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____
4. Soziale Situation:	
Familienstatus: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> in fester Partnerschaft <input type="checkbox"/> ledig	
Kinder:	
Wohnsituation: <input type="checkbox"/> zur Miete <input type="checkbox"/> Eigentum	
5. Gibt es laufende juristische Verfahren? (z.B. Scheidung, Rentenwiderspruch)	
<input type="checkbox"/> ja, _____ <input type="checkbox"/> nein	
6. Bitte beschreiben Sie Ihre aktuellen Beschwerden:	

7. Müssen wir uns Gedanken machen, dass Sie sich etwas antun wollen?	
8. Sind Sie aktuell:	
in Facharztbehandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wie oft: früher:
(bei einem Facharzt für Psychiatrie u./o. psychosomatische Medizin)	
in ambulanter Psychotherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wie oft: früher:
Name und Anschrift des/r Behandler/s:	
9. Bisherige Aufenthalte in psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken?	
10. Bisherige Aufenthalte in somatischen Krankenhäusern (z.B. Unfälle, Erkrankungen)	
11. Größe:	14. Gewicht:
12. Werden Sie aktuell mit Medikamenten behandelt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	
Medikament	Dosierung
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
13. Wie geht es Ihnen körperlich? Haben Sie Schmerzen? Wer behandelt Sie deswegen?	
14. Haben Sie eine aktuelle Erkrankung, wegen der Sie beim Arzt sind und/oder Medikamente nehmen?	

15. Leiden Sie unter Allergien?

nein ja: _____

16. Konsumieren Sie regelmäßig:

Alkohol nein ja wie oft:

Zigaretten nein ja wie oft:

Drogen nein ja wie oft/welche:

Beruhigungsmittel nein ja wie oft/welche:
(z.B. Valium/Tavor)

17. Von wem ging die Initiative aus, dass Sie eine stationäre psychosomatische Behandlung benötigen könnten?

von mir selbst Angehöriger Freunde Arbeitgeber

Hausarzt Facharzt Sonstige

18. Wie sind Sie auf die Idee gekommen, sich hierzu an uns zu wenden?

Ich wurde bereits in der Klinik am Park behandelt: Reha Akut

auf Empfehlung von:

Sonstiges:

19. Was ist Ihr Wunsch, Ihr Ziel an die Behandlung bei uns? Was ist Ihre Erwartung?

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte LESEN Sie die folgenden Aussagen zuerst durch und kreuzen Sie danach an, was auf sie zutrifft:

unangenehme (& unsinnige) Gedanken	vermindertes Selbstwertgefühl
unangenehme (& unsinnige) Handlungen	Schuldgefühle
dauernder Hunger	Verlust an Interessen und Angenehmem
Übergewicht	verminderte Aktivität
Appetitverlust	Einschlafstörungen
Vermeidung fettmachender Speisen	Durchschlafstörungen
Gefühle zu fett zu sein, trotz besseren Wissens	Alpträume
Hungern	früheres Erwachen als gewöhnt (2 h & mehr)
Gewichtsverlust	Probleme, morgens in die Gänge zu kommen
Untergewicht	anhaltende grundlose Erschöpfung & Müdigkeit
ausbleibende Regelblutung	übermäßige Schlafneigung während des Tages
Essanfälle mit großen Nahrungsmengen	sozialer Rückzug
Erbrechen, um Nahrung loszuwerden	Einsamkeit
Scham	Hoffnungslosigkeit
Sexuelle Probleme	Verzweiflung
mangelnde Alltagsbewältigung	häufige Suizidgedanken
erlebte starke Bedrohung	Furcht vor Menschenmengen
plötzliches Wiedererleben der Bedrohung	Furcht, den sichern Ort zu verlassen
Gefühl, selbst nicht wirklich da zu sein	Furcht vor Aufmerksamkeit
eigene Gefühle fühlen sich fremd an	Furcht, peinlich zu sein
Gefühl, die Umgebung ist unwirklich	Furcht nur vor bestimmten Situationen oder Orten
Umwelt wirkt fremd und uninteressant	plötzliche Panikattacken
Ohnmachtsanfälle	ständige Befürchtungen im Alltag
Neigung zu Wutausbrüchen	übertriebenes Vermeidungsverhalten
plötzliches Handeln ohne Nachzudenken	nicht feststellbares körperliches Leiden
Unsicherheit bezüglich eigenem Selbstbild	ständige starke nicht feststellbare Schmerzen
intensive aber nur kurze Beziehungen	Misstrauen gegenüber beruhigenden Ärzten
Selbstverletzungen	ständige Sorge um körperliche Symptome
chronisches Gefühl einer inneren Leere	anhaltende Ohrgeräusche
andauerndes Misstrauen gegenüber der Welt	Schwindel
andauerndes Bedrohungsgefühl	Atembeschwerden
Übertreibung eigener Leistungen und Talente	Herzklopfen und Herzrasen
häufiger Neid auf andere	Speiseröhren-Beschwerden
Kritik & Verachtung für Autoritätspersonen	Übelkeit
schlechtere Arbeit bei unliebsamen Aufgaben	häufiger Durchfall
Unbeteiligtsein bei Gefühlen anderer	Schmerzen beim Wasserlassen
Unfähigkeit, Beziehungen aufrecht zu erhalten	Neigung zur Aggression und Gewalt
Taubheitsgefühl oder Kribbelgefühl	Gefühl, Opfer von Intrigen zu sein
übermäßiger Alkoholkonsum oder Drogenkonsum	Schweißausbrüche
Suizidversuch(e) in der Vorgeschichte	Wechseljahr-Beschwerden
gesteigerte Aktivität	stark schwankende Gefühle
starkes Bemühen, äußerlich attraktiv zu sein	vermindertes Schlafbedürfnis
Neigung zu starkem Zweifel	Konflikt mit dem Gesetz
riskantes Verhalten	Beeinträchtigung durch eigen. Perfektionismus
starke Überzeugung, die nicht geteilt wird	Sorge, kritisiert zu werden
Gedanken werden gemacht oder hörbar	Unterordnung und Nachgiebigkeit
Hören von Stimmen	Angst, nicht für sich alleine sorgen zu können
Drang zum Glücksspiel, trotz Verlusten	Schwierigkeit, herzliche Gefühle auszudrücken
Drang zum Diebstahl ohne materielle Not	Einzelgängertum
Drang zur Brandstiftung	störendes Beharren auf eigenen Rechten