



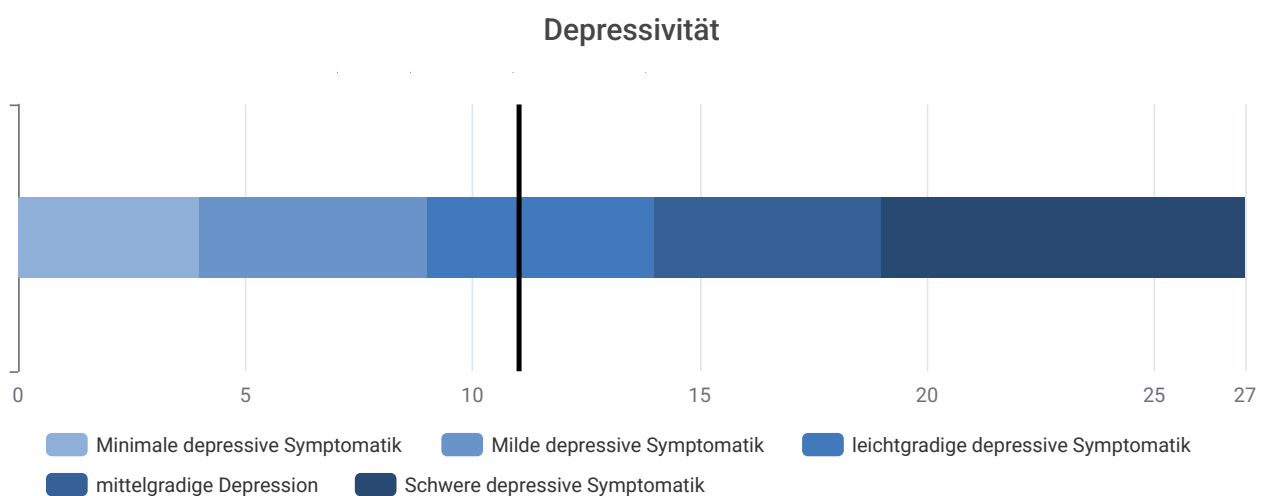
Ergebnis

Test **PHQ-D**
Gesundheitsfragebogen für Patienten
Testperson **Max Mustermann**
Testabschluss **22.02.2026**

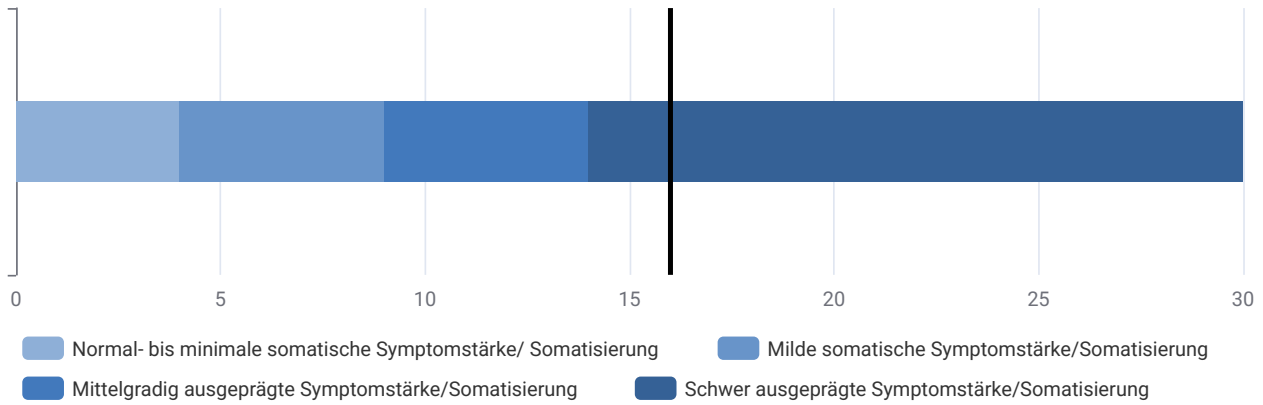
Skalen

Skala	Wert	Bereich
Depressivität	11/27	leichtgradige depressive Symptomatik
somatische Symptome	16/30	Schwer ausgeprägte Symptomstärke/Somatisierung
Stress	10/20	Mittelgradig ausgeprägte psychosoziale Stressfaktoren

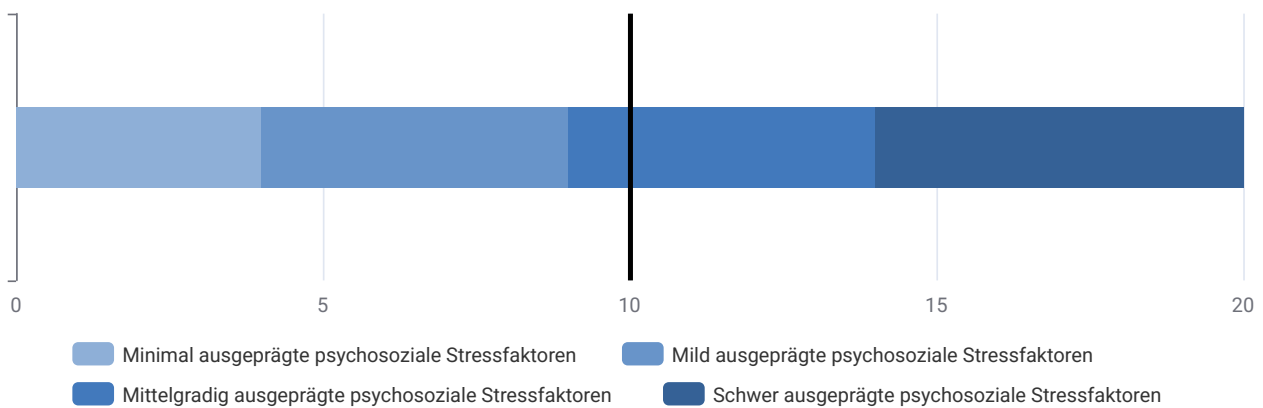
Datenvisualisierung



somatische Symptome



Stress



Kriterien

Kriterium	Status
Somatoformes Syndrom	vorhanden
Major Depressives Syndrom	vorhanden
Andere Depressive Syndrome	nicht vorhanden
Paniksyndrom	nicht vorhanden
Andere Angstsyndrome	nicht vorhanden
V. a. Bulimia nervosa	nicht vorhanden
V. a. Binge-Eating-Störung	nicht vorhanden
Alkoholsyndrom	vorhanden

Fragen & Antworten

Frage	Antwort
-------	---------

Frage	Antwort
Geschlecht	männlich (1)
Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	
Bauchschmerzen	Wenig beeinträchtigt (1)
Rückenschmerzen	Stark beeinträchtigt (2)
Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	Wenig beeinträchtigt (1)
Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	Nicht beeinträchtigt (0)
Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	Wenig beeinträchtigt (1)
Kopfschmerzen	Stark beeinträchtigt (2)
Schmerzen im Brustbereich	Nicht beeinträchtigt (0)
Schwindel	Stark beeinträchtigt (2)
Ohnmachtsanfälle	Wenig beeinträchtigt (1)
Herzklopfen oder Herzrasen	Nicht beeinträchtigt (0)
Kurzatmigkeit	Wenig beeinträchtigt (1)
Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	Wenig beeinträchtigt (1)
Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	Wenig beeinträchtigt (1)
Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	An mehr als der Hälfte der Tage (2)
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	An einzelnen Tagen (1)
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	An einzelnen Tagen (1)
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	An mehr als der Hälfte der Tage (2)
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	Überhaupt nicht (0)
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	An mehr als der Hälfte der Tage (2)

Frage	Antwort
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	An mehr als der Hälfte der Tage (2)
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	Überhaupt nicht (0)
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	An einzelnen Tagen (1)
Fragen zum Thema „Angst“	NEIN (0)
Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	(n.a.)
Treten manche dieser Anfälle <u>völlig unerwartet</u> auf – d. h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	(n.a.)
Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	(n.a.)
Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.	
Bekamen Sie schlecht Luft?	(n.a.)
Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?	(n.a.)
Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?	(n.a.)
Haben Sie geschwitzt?	(n.a.)
Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?	(n.a.)
Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?	(n.a.)
Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?	(n.a.)
Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?	(n.a.)
Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?	(n.a.)
Zitterten oder bebten Sie?	(n.a.)

Frage	Antwort
Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?	(n.a.)
Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	An einzelnen Tagen (1)
Gefühle der Unruhe, sodass Stillsitzen schwer fällt	An einzelnen Tagen (1)
Leichte Ermüdbarkeit	An einzelnen Tagen (1)
Muskelverspannungen, Muskelschmerzen	An mehr als der Hälfte der Tage (2)
Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen	Überhaupt nicht (0)
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Lesen oder beim Fernsehen	An mehr als der Hälfte der Tage (2)
Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit	An einzelnen Tagen (1)
Fragen zum Thema „Essen“	
Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, <u>wie viel</u> und <u>was</u> Sie essen?	NEIN (0)
Essen Sie öfter - in einem Zeitraum von 2 Stunden - Mengen, die andere Leute als <u>ungewöhnlich groß</u> bezeichnen würden?	JA (1)
	(n.a.)
Haben Sie während der letzten 3 Monate <u>öfter</u> eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen unternommen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden?	
Sich selbst zum Erbrechen gebracht?	(n.a.)
Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen?	(n.a.)
Gefastet, d.h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen?	(n.a.)
Mehr als eine Stunde Sport getrieben, mit dem ausschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, nachdem Sie zuviel gegessen hatten?	(n.a.)
Wenn Sie bei einer oder mehrerer dieser Maßnahmen, die eine Gewichtszunahme vermeiden sollen „JA“ angekreuzt haben, kam dies dann im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vor?	- (n.a.)
Trinken Sie manchmal Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)?	Ja (1)

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

Sie haben Alkohol getrunken, obwohl Ihnen ein Arzt angeraten hat, aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören?

NEIN (0)

Sie haben bei der Arbeit, in der Schule, bei der Versorgung der Kinder oder bei der Wahrnehmung anderer Verpflichtungen Alkohol getrunken, waren angetrunken oder „verkatert“?

NEIN (0)

Sie sind der Arbeit, der Schule oder anderen Verpflichtungen fern geblieben oder zu spät gekommen, weil Sie getrunken hatten oder „verkatert“ waren?

JA (1)

Sie hatten Schwierigkeiten, mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten?

NEIN (0)

Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Gläser Alkohol bzw. zu viel getrunken hatten?

NEIN (0)

Wenn eines oder mehrere der bisher in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie schwer diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen?

Relativ stark erschwert (2)

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

Sorgen über Ihre Gesundheit

Stark beeinträchtigt (2)

Sorgen über Ihr Gewicht oder Ihr Aussehen

Wenig beeinträchtigt (1)

Wenig oder kein sexuelles Verlangen oder Vergnügen beim Geschlechtsverkehr

Nicht beeinträchtigt (0)

Schwierigkeiten mit dem Ehepartner, Lebensgefährten, Freundin/ Freund

Wenig beeinträchtigt (1)

Belastung durch die Versorgung von Kindern, Eltern oder anderen Familienangehörigen

Wenig beeinträchtigt (1)

Stress bei der Arbeit oder in der Schule

Stark beeinträchtigt (2)

Finanzielle Probleme oder Sorgen

Stark beeinträchtigt (2)

Niemanden zu haben, mit dem man Probleme besprechen kann

Wenig beeinträchtigt (1)

Etwas Schlimmes, das vor kurzem passiert ist

Nicht beeinträchtigt (0)

Frage	Antwort
Gedanken an schreckliche Ereignisse von früher oder Träume darüber – z. B. die Zerstörung des eigenen Heimes, ein schwerer Unfall, körperliche Gewalt oder eine sexuelle Handlung unter Zwang	Nicht beeinträchtigt (0)
Sind Sie im <u>letzten Jahr</u> geschlagen, getreten oder anderweitig von jemandem körperlich verletzt worden oder hat Sie jemand zu einer ungewünschten sexuellen Handlung gezwungen?	Nein (0)
Was belastet Sie zur Zeit in Ihrem Leben am meisten?	Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua.
Nehmen Sie Medikamente gegen Angst, Depressionen oder Stress?	Ja (1)
Wodurch wird Ihre Monatsblutung am besten beschrieben?	(n.a.)
Fragen zum Thema Monatsblutung, Schwangerschaft und Geburt	
Haben Sie in der Woche vor dem Beginn Ihrer Monatsblutung <u>ausgeprägte</u> Probleme mit Ihrer Stimmung – z. B. Depressionen, Angst, Reizbarkeit, Aggressivität oder Stimmungsschwankungen?	(n.a.)
Wenn „JA“: Verschwinden diese Probleme am Ende Ihrer Monatsblutung wieder?	(n.a.)
Haben Sie während der letzten 6 Monate ein Kind geboren?	(n.a.)
Hatten Sie während der letzten 6 Monate eine Fehlgeburt?	(n.a.)
Haben Sie Schwierigkeiten, schwanger zu werden?	(n.a.)