



Dr. med. Michael Küster

Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin
 Facharzt für Anästhesiologie
 Spezielle Schmerztherapie - Palliativmedizin
 Manuelle Medizin / Chirotherapie
 Naturheilverfahren - Sportmedizin
 Notfallmedizin

Lehrbeauftragter der Universität Bonn

Weißdornweg 4 – 6 (Heiderhof)

53177 Bonn - Bad Godesberg

Telefon: 0228 / 9 32 39 99

Telefax: 0228 / 9 32 39 88

E-Mail: drkuester@gmx.de

TSD

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Alter: _____

Beruf: _____

Geschlecht: m / w

Anleitung:

Nachfolgend steht eine Reihe von Aussagen über Probleme, Schwierigkeiten und Beschwerden, die die Menschen manchmal haben. Bitte lesen Sie jede Aussage genau. Wenn Sie dies getan haben, kreuzen Sie bitte eine der Zahlen rechts an, die am besten bezeichnet, in welchem Ausmaß die Beschwerde für Sie zutrifft und damit beschreibt, wie das Problem Sie in der letzten Woche – einschließlich des heutigen Tages – belastet hat. Bitte machen Sie nur in ein Kreuz rechts von jeder Aussage und lassen Sie keine Aussage unbearbeitet.

Bitte kreuzen Sie klar und deutlich die zutreffende Ziffer an:

1 = überhaupt nicht; 2 = ein bisschen
 3 = ziemlich stark 4 = sehr stark

- | | | | |
|--|---------|---|---------|
| 1. Ich bin nervös und innerlich unruhig | 1 2 3 4 | 16. Meine Gefühle sind leicht verletztbar | 1 2 3 4 |
| 2. Ich fühle mich leicht belästigt und verärgert | 1 2 3 4 | 17. ich habe Herzjagen (Herzrasen) | 1 2 3 4 |
| 3. Ich fühle mich kraftlos und träge | 1 2 3 4 | 18. Ich fühle mich anderen unterlegen | 1 2 3 4 |
| 4. Ich denke daran, mit dem Leben Schluss zu machen | 1 2 3 4 | 19. Ich habe Schwierigkeiten ein- und durchzuschlafen | 1 2 3 4 |
| 5. Mein Appetit ist schlecht | 1 2 3 4 | 20. Es fällt mir schwer, Entscheidungen Zu treffen | 1 2 3 4 |
| 6. Ich weine leicht | 1 2 3 4 | 21. Ich blicke hoffnungslos in die Zukunft | 1 2 3 4 |
| 7. Dem anderen Geschlecht gegenüber bin ich scheu und unsicher | 1 2 3 4 | 22. Ich habe Konzentrationsschwierigkeiten | 1 2 3 4 |
| 8. Ich fühle mich eingeengt und eingeschlossen | 1 2 3 4 | 23. Ich fühle mich angespannt u. überreizt | 1 2 3 4 |
| 9. Plötzlich erschrecke ich ohne äußeren Anlass | 1 2 3 4 | 24. Ich denke an das Sterben und den Tod | 1 2 3 4 |
| 10. Ich leide darunter, mir Vorwürfe zu machen | 1 2 3 4 | 25. Ich wache morgens zu früh auf | 1 2 3 4 |
| 11. Ich habe ohne Grund Angst | 1 2 3 4 | 26. Mein Schlaf ist unruhig und gestört | 1 2 3 4 |
| 12. Ich fühle mich traurig | 1 2 3 4 | 27. Ich habe das Gefühl, dass ich mich zu allem anstrengen muss | 1 2 3 4 |
| 13. Ich fühle mich in der Ausführung mancher Arbeiten gehemmt | 1 2 3 4 | 28. Selbst mitten unter Leuten fühle ich mich einsam | 1 2 3 4 |
| 14. Ich Sorge mich zu viel | 1 2 3 4 | 29. Ich fühle mich wertlos | 1 2 3 4 |
| 15. Ich habe das Gefühl, dass ich das Interesse an Vielem verliere | 1 2 3 4 | 30. Ich habe Schuldgefühle | 1 2 3 4 |

Wird vom Schmerzzentrum ausgefüllt:

Ergebnis

Interpretation

.....
 Arzt – Unterschrift