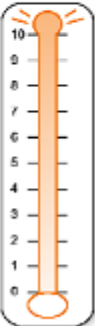
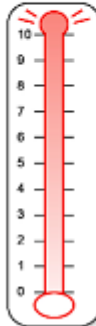
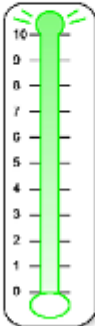
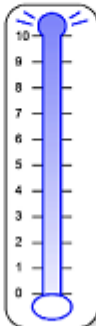
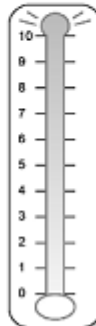


Anhang


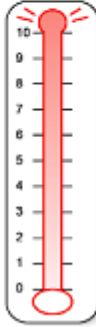
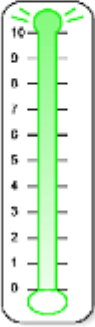
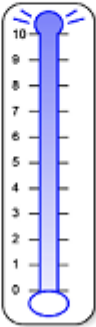
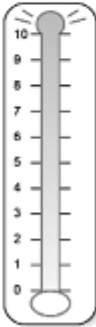
Emotionsthermometer

Bitte geben Sie bei den ersten vier Thermometer an, wie Sie die verschiedenen Emotionen in den letzten zwei Wochen bei Ihrer Tochter/Ihrem Sohn erlebt haben. Bitte geben Sie beim letzten Thermometer an, wie gross Ihr Wunsch nach Unterstützung ist.

	Angst	Wut	Traurigkeit		Wunsch nach Unterstützung	
extrem						starker Wunsch
gar nicht						kein Wunsch
						herzlich, kompetent, vernetzt

Emotionsthermometer

Bitte gib bei den ersten vier Thermometer an, wie du die verschiedenen Gefühle in den letzten zwei Wochen erlebt hast. Bitte gib beim letzten Thermometer an, wie gross dein Wunsch nach Unterstützung ist.

	Angst	Wut	Traurigkeit		Wunsch nach Unterstützung	
extrem						starker Wunsch
gar nicht						kein Wunsch
						herzlich, kompetent, vernetzt

Gesundheitsfragebogen für Patienten (GAD-7, Adaptation für Jugendliche)

Wie oft hast Du Dich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt gefühlt?	Überhaupt Nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Summenwert: _____

Intern

Patientenfragebogen (PHQ-9, Adaptation für Jugendliche)

Wie oft hast Du im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> die folgenden Beschwerden gehabt?	Überhaupt Nicht:	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an verschiedenen Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Niedergeschlagenheit, Traurigkeit oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Verminderter Appetit oder übermässiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schlechte Meinung von Dir selbst; Gefühl, eine Versager:in zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. bei den Hausaufgaben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Waren Deine Bewegungen oder Deine Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? ODER Wärest Du im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hattest dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gedanken, dass Du lieber tot wärest oder Dich selbst verletzen möchtest	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Summenwert: _____