

Beziehen Sie sich bei den folgenden Fragen auf die schlimmsten 2 Wochen während des vergangenen Monats. (Kodieren Sie 1, wenn es sich eindeutig um einen allgemeinen medizinischen Krankheitsfaktor, stimmungsinkongruente Wahnvorstellungen oder Halluzinationen handelt.)

Während dieser Zeit...

A3 ...haben Sie da ab- oder zugenommen?
(Wieviel? Haben Sie versucht, abzunehmen?)

Wenn nein: Wie war Ihr Appetit? (Im Vergleich zu sonst? Mußten Sie sich zum Essen zwingen? Haben Sie mehr/weniger als sonst gegessen?)

A4 ... hatten Sie irgendwelche Schlafprobleme?
(Ein- oder Durchschlafprobleme, häufiges oder zu frühes Erwachen, vermehrter Schlaf? Wieviele Stunden im Vergleich zu sonst? War dies fast täglich der Fall?)

3) Erheblicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme (mehr als 5% des Körpergewichts/Monat) oder verminderter/gesteigerter Appetit fast täglich. Bei Kindern die zu erwartende Gewichtszunahme beachten!

? 1 2 3

Kreuzen Sie an

- ☐ Gewichtsverlust/verminderter Appetit
☐ Gewichtszunahme/gesteigerter Appetit

4) Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf fast täglich

? 1 2 3

- ☒ Insomnia
☐ Hypersomnia