

Die Beantwortung der folgenden 15 Fragen dient der **rechtzeitigen Erkennung** eines erhöhten Risikos für bestimmte psychische Störungen. Bitte **kreuzen Sie das rechte Kästchen an**, wenn das Symptom **irgendwann während der letzten 12 Monate** vorhanden war. Diese Seite endet mit einer allgemeinen **Frage zum Symptomverlauf** im vergangenen Jahr.

1	Sind Sie schweigsamer oder einzelgängerischer geworden? Haben Sie sich von anderen Personen zurückgezogen?	<input type="checkbox"/>
2	War Ihre Stimmung über Wochen hinweg depressiv (bedrückt, traurig, melancholisch, niedergeschlagen, verzweifelt)?	<input type="checkbox"/>
3	Hatten Sie einen schlechten Schlaf (Schwierigkeiten beim Einschlafen, Durchschlafen, frühes Aufwachen)? Hatten Ihr Appetit oder Ihr sexuelles Interesse nachgelassen?	<input type="checkbox"/>
4	Sind Ihre Bewegungen oder das Sprechen und Denken deutlich langsamer geworden? Hat Ihre gefühlsmäßige Anteilnahme nachgelassen?	<input type="checkbox"/>
5	Haben Ihre Ausdauer, Motivation oder Qualität in Schule, Studium, Beruf oder bei der Arbeitssuche deutlich nachgelassen? Kam es zu Leistungseinbußen?	<input type="checkbox"/>
6	Mussten Sie andauernd über bestimmte Dinge nachgrübeln (die z. B. Gewalt, sexuelle Themen oder körperliche Veränderungen als Inhalt hatten)?	<input type="checkbox"/>
7	Hatten Sie Schwierigkeiten, den Kontakt mit anderen Menschen noch genauso gut aufzunehmen und aufrechtzuerhalten wie früher? Fühlten Sie sich trotz des Wunsches nach Kontakt unsicherer, verkrampfter, befängener als früher?	<input type="checkbox"/>
8	Wurden Ihre Interessen oder Ihr Verhalten von anderen Menschen manchmal als merkwürdig empfunden?	<input type="checkbox"/>
9	Hatten Sie häufiger als früher den Eindruck, dass andere Sie hereinlegen, ausnutzen oder betrügen wollen?	<input type="checkbox"/>
10	Fühlten Sie sich häufig nervös, unruhig oder angespannt? Gerieten Sie dadurch auch manchmal über Kleinigkeiten mit anderen in Streit? Sind Sie aktiver als sonst, so dass die Meinung entstehen könnte, mit Ihnen stimme etwas nicht?	<input type="checkbox"/>
11	Kommt Ihnen manchmal Ihre gewohnte Umgebung verändert oder unwirklich und fremd vor? Oder hatten Sie das Gefühl, nicht Sie selbst, sondern unwirklich oder sich fremd zu sein, z. B. beim Blick in den Spiegel?	<input type="checkbox"/>
12	Hatten Sie sich mit ungewöhnlichen, geheimnisvollen oder übernatürlichen Dingen oder Themen beschäftigt (z. B. religiöse oder esoterische Themen)?	<input type="checkbox"/>
13	Stimmt etwas mit Ihrem Denken nicht (z. B. Gedankengänge werden plötzlich von anderen Gedanken unterbrochen oder gestört; Gedanken werden manchmal aus dem Kopf entzogen; die eigenen Gedanken strahlen aus; andere Menschen können Ihre Gedanken lesen; Gedanken werden in Ihren Kopf gebracht, die nicht Ihre eigenen sind)?	<input type="checkbox"/>
14	Nehmen Sie manchmal Menschen oder Dinge in Ihrer Umwelt verändert wahr? Sahen, hörten, spürten, rochen oder schmeckten Sie manchmal Dinge, die andere nicht wahrnehmen konnten, für die sich aber auch keine natürliche Erklärung finden ließ?	<input type="checkbox"/>
15	Fühlen Sie sich phasenweise von anderen ganz besonders beobachtet, verfolgt oder bedroht? Versucht jemand, Ihnen absichtlich Schaden zuzufügen?	<input type="checkbox"/>

Hat sich die Symptomatik im vergangenen Jahr insgesamt eher



... verschlimmert?



... nicht verändert?



... verbessert?

(bitte den zutreffenden Pfeil ankreuzen)

Ein paar Fragen zum Abschluss**Bitte Zutreffendes ankreuzen**

Hat es bei Ihrer Geburt oder in der Schwangerschaft Ihrer Mutter Komplikationen gegeben?
Bsp.: Erkrankung der Mutter (z. B. Fieber), vorzeitige Wehen, lange Geburtsdauer, Frühgeburt, Steißlage, drohende Erstickung des Fötus z. B. durch Nabelschnurumschlingung, Infektionen oder Geburtsschaden des Säuglings o. Ä.

JA NEIN

Geburts-/Schwangerschaftskomplikationen:

Bitte rechts
erläutern!

Haben Sie einen nahen Angehörigen (Eltern, Geschwister, Kinder), der eine psychische Erkrankung hat/hatte?

JA NEIN

Betroffene Verwandte (bitte eintragen):

Bitte rechts
erläutern!

Ist Ihnen die Art der psychischen Erkrankung/
Diagnose bei Ihrem/Ihren Verwandten bekannt?

JA NEIN

Art der Erkrankung/Diagnose
(bitte ggf. angeben, bei welchem Verwandten):

Bitte rechts
erläutern!

Wurde die Checkliste als Interview durchgeführt?

JA NEIN

Qualifikation des Interviewers:

Hat der Betroffene die Checkliste selbst ausgefüllt
(ohne Interviewer)?

JA NEIN

Adresse/Stempel Früherkennungszentrum**Angaben zu Ihrer Person**

Name/Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ/Wohnort

Telefon/Fax

E-Mail
