

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,
das folgende Formular enthält Fragen zu Ihrem Alltag in Bezug auf Ihre Stressbelastung. Er soll es unseren Ärzten und Healthcoaches erleichtern Ihre Gesundheitsstörung einzuschätzen. Bitte beantworten Sie alle der gestellten Fragen und senden Sie den Fragebogen möglichst 7 Werktage vor Ihrem Termin an uns zurück.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Markieren Sie bitte, die für Sie jeweils am besten zutreffende Antwort mit einem "X".

Fragen zum Thema STRESS (PSS-10)						
Die folgenden Fragen beschäftigen sich damit, wie häufig Sie sich während des letzten Monats durch Stress belastet fühlen. (Bitte kreuzen Sie pro Aussage eine Antwort an)		nie	selten	manchmal	häufig	sehr oft
		1	2	3	4	5
1	Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat darüber aufgeregt, dass etwas völlig Unerwartetes eingetreten ist?					
2	Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, wichtige Dinge in Ihrem Leben nicht beeinflussen zu können?					
3	Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat nervös und „gestresst“ gefühlt?					
4	Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat sicher im Umgang mit persönlichen Aufgaben und Problemen gefühlt?					
5	Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Dinge nach Ihren Vorstellungen entwickeln?					
6	Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit all den anstehenden Aufgaben und Problemen nicht richtig umgehen zu können?					
7	Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit Ärger in Ihrem Leben klar zu kommen?					
8	Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, alles im Griff zu haben?					
9	Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat darüber geärgert, wichtige Dinge nicht beeinflussen zu können?					
10	Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Probleme so aufgestaut haben, dass Sie diese nicht mehr bewältigen können?					