

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten geb. am _____		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Fragebogen zur Stimmungslage



Programm für mehr Achtsamkeit in der Schwangerschaft – Mind:Pregnancy

Bitte Fax an: 06221 5633553

<p><b>Meine Daten</b></p> <p>Entbindungstermin (E.T.): ____ / ____ / ____</p> <p>Mobil _____</p> <p>E-Mail _____</p> <p>_____</p>
---

<p><b>Stempel der Praxis</b></p>          <p>Teilnahme an GeMuKi <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
--

### Wie fühlen Sie sich?

Liebe Schwangere,  
bitte wählen Sie unter den folgenden Aussagen die Antwort, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den **letzten sieben Tagen** gefühlt haben, nicht nur wie Sie sich heute fühlen.

#### In den letzten sieben Tagen...

<p><b>1. ... konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen</b></p> <p><input type="checkbox"/> So wie ich es immer konnte</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht ganz so wie sonst immer</p> <p><input type="checkbox"/> Deutlich weniger als früher</p> <p><input type="checkbox"/> Überhaupt nicht</p>	<p><b>6. ... überforderten mich verschiedene Umstände</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig</p>
<p><b>2. ... konnte ich mich so richtig auf etwas freuen</b></p> <p><input type="checkbox"/> So wie immer</p> <p><input type="checkbox"/> Etwas weniger als sonst</p> <p><input type="checkbox"/> Deutlich weniger als früher</p> <p><input type="checkbox"/> Kaum</p>	<p><b>7. ... war ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, die meiste Zeit</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, nicht sehr oft</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, überhaupt nicht</p>
<p><b>3. ... fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, meistens</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, nicht so oft</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, niemals</p>	<p><b>8. ... habe ich mich traurig und schlecht gefühlt</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, die meiste Zeit</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> Selten</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, überhaupt nicht</p>
<p><b>4. ... war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nein, überhaupt nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Selten</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, häufig</p>	<p><b>9. ... war ich so unglücklich, dass ich geweint habe</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, die ganze Zeit</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> Nur gelegentlich</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, niemals</p>
<p><b>5. ... erschrak ich leicht, bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, oft</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, nicht oft</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, überhaupt nicht</p>	<p><b>10. ... überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ziemlich oft</p> <p><input type="checkbox"/> Manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> Kaum</p> <p><input type="checkbox"/> Niemals</p>