



Patient/in: _____

geb. am: _____

Zi-Nr.: _____

Geriatrische Depressionsskala (GDS)

(nach Sheikh und Yesavage 1986)

- | | Ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sind Sie grundsätzlich mit ihrem Leben zufrieden? | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie viele Ihrer Aktivitäten und Interessen aufgegeben? | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei inhaltsleer? | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Überkommt Sie oft Langeweile? | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Sind Sie meistens in guter Stimmung? | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Sind Sie manchmal besorgt, dass Ihnen etwas Schlimmes zustoßen könnte? | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Fühlen Sie sich meistens glücklich? | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Bleiben Sie lieber zuhause als rauszugehen und etwas zu unternehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Finden Sie es schön, am Leben zu sein? | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Fühlen Sie sich noch kraftvoll? | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Fühlen Sie sich oft hilflos? | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Haben Sie das Gefühl, wertlos zu sein? | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Haben Sie das Gefühl, Ihre Situation sei hoffnungslos? | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Haben Sie das Gefühl, dass es den meisten Leuten Ihres Alters besser geht? | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Haben Sie das Gefühl, dass Sie mit dem Gedächtnis mehr Probleme haben als die meisten in Ihrem Alter? | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> |

Summe = Punktwert _____

Bemerkungen: _____

ausgefüllt von: _____

Datum: _____