

# Checkliste zur Früherkennung (Altersgruppe 18 – 40 Jahre)

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 die Frage **irgendwann während der letzten 12 Monate zugeschlagen** hat. Diese Seite endet mit einer allgemeinen Frage zum **Verlauf im vergangenen Jahr**.

Datum: \_\_\_\_\_

		<i>trifft zu</i>
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)? Hatte 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	Hat Ihre Ausdauer, Motivation oder Qualität in Schule, Studium, Beruf, 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 aufrecht zu erhalten wie früher? Fühlten Sie sich trotz des Wunsches nach Kontakt unsicherer, verkrampfter, befangener 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 konnte, 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? (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 irgendjemand, Ihnen absichtlich Schaden zuzufügen?	<input type="checkbox"/>

Hat sich die als "zutreffend" angekreuzte Symptomatik im vergangenen Jahr insgesamt eher...



...verschlimmert?



...nicht verändert?



...verbessert?

(bitte den zutreffenden Pfeil ankreuzen)

**Falls eine Fragen 8,9 oder 11-15 der Checkliste auf Sie zutrifft...**

..., bieten wir Ihnen an, den Kontakt mit dem Früherkennungs- und Therapiezentrum für psychische Krisen (FEZ) herzustellen. Wenn Sie dies wünschen, so geben Sie bitte einfach den Fragebogen vollständig ausgefüllt bei Ihrer/Ihrem behandelnden Ärztin/Arzt ab (Adresse/Telefon nicht vergessen!), die MitarbeiterInnen des FEZ werden sich dann mit Ihnen für eine Terminabsprache in Verbindung setzen. Sie können sich auch direkt an das FEZ wenden, s. Angaben am Ende dieser Seite.

**Angaben zu Ihrer Person (bitte Druckbuchstaben)**

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon / Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Fragen an den behandelnden Arzt**

Name (bitte Druckbuchstaben): \_\_\_\_\_ dienstlich erreichbar (Tel / Funk): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Wird die Patientin /der Patient derzeit bereits antipsychotisch behandelt?  JA\*  NEIN

\* Achtung: Falls JA, Indikation für Vorstellung im FEZ in der Regel nicht mehr gegeben.  
( maximal 5 Tage )

**Adresse / Kontaktdaten Früherkennungszentrum**

Früherkennungszentrum  
Stadt

Liste über [www.fetz.org](http://www.fetz.org) oder suchmaschinen