



Liebe Patientinnen,

bitte füllen Sie unten stehenden Fragebogen (Edinburgh Postnatal Depression Scala = EPDS) danach aus, wie Sie sich in der letzten Woche gefühlt haben.

Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass etwa 10% aller Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt eines Kindes unter einer Stimmungsverschlechterung leiden.

Die Universitätsfrauenklinik führt nun bei allen Schwangeren ein Screening mit Hilfe des EPDS aus, um im Falle einer Stimmungsverschlechterung frühzeitig Unterstützungs- und Behandlungsangebote anbieten zu können. Der EPDS ist ein gut erprobter Fragebogen, um bereits leichte Stimmungsveränderungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt erkennen zu können. **Bitte beziehen Sie sich bei Frage 1-10 auf die letzten 7 Tage.**

1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:

Genauso oft wie früher	0
Nicht ganz so oft wie früher	1
Eher weniger als früher	2
Überhaupt nie	3

2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:

So oft wie früher	0
Eher weniger als früher	1
Viel seltener als früher	2
Fast gar nicht	3

3. Ich habe mich unberechtigterweise Weise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:

Ja, sehr oft	3
Ja, manchmal	2
Nicht sehr oft	1
Nein, nie	0

4. Ich war ängstlich und machte mir unnötige Sorgen:

Nein, nie	0
Ganz selten	1
Ja, manchmal	2
Ja, sehr oft	3

5. Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:

Ja, ziemlich oft	3
Ja, manchmal	2
Nein, fast nie	1
Nein, überhaupt nie	0

6. Mir ist alles zuviel geworden:

Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen	3
Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen	2
Nein, ich wusste mir meistens zu helfen	1
Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen	0

- 7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:**
- | | |
|----------------------|---|
| Ja, fast immer | 3 |
| Ja, manchmal | 2 |
| Nein, nicht sehr oft | 1 |
| Nein, nie | 0 |
- 8. Ich war traurig und fühlte mich elend:**
- | | |
|----------------------|---|
| Ja, sehr oft | 3 |
| Ja, ziemlich oft | 2 |
| Nein, nicht sehr oft | 1 |
| Nein, nie | 0 |
- 9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:**
- | | |
|------------------|---|
| Ja, sehr oft | 3 |
| Ja, ziemlich oft | 2 |
| Nur manchmal | 1 |
| Nein, nie | 0 |
- 10. Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:**
- | | |
|-----------|---|
| Ja, oft | 3 |
| Manchmal | 2 |
| Selten | 1 |
| Nein, nie | 0 |
- 11. Haben Sie jemals Gewalt erlebt?:**
- | | |
|------------------|---|
| Ja, ziemlich oft | 3 |
| Manchmal | 2 |
| Kaum | 1 |
| Niemals | 0 |
- 12. Ich habe meine Schwangerschaft bisher erlebt als:**
- | | |
|---------------------------|---|
| Belastend/angespannt | 3 |
| Eher belastend/angespannt | 2 |
| Eher positiv/entspannt | 1 |
| Positiv/entspannt | 0 |

Bitte füllen Sie noch folgende Angaben zu Ihrer Person aus:

Aktuelle Schwangerschaftswoche: Schwangerschaften bislang:

Geburten bislang:

Psychische Vorerkrankungen:

Aktuelle Einnahme von Medikamenten:

Sozialer Status: ledig in Partnerschaft verheiratet

Beruf:

Aktuell erwerbstätig: ja nein Gewicht:

Größe: