

Accident Fear Questionnaire (AFQ)

Der folgende Fragebogen bezieht sich auf Ihren Autounfall und Ihre Reaktion. (Der Fragebogen betrifft Sie nur, wenn Sie sich an den Unfall erinnern können.)

Bitte antworten Sie Ja oder Nein.

- | | |
|--|-----------|
| 1. Führen Sie Auto, Lastwagen, Fahrrad oder waren Sie Fußgänger? | Ja / Nein |
| 2. Waren Sie Fahrer oder Mitfahrer? | Ja / Nein |
| 3. Erlebten Sie den Unfall mit Todesangst? | Ja / Nein |
| 4. Beobachteten Sie dabei Verletzungen oder einen Tod? | Ja / Nein |
| 5. Verloren Sie dabei das Bewusstsein? | Ja / Nein |

Seit dem Unfall...

- | | |
|--|-----------|
| 6. Träumen Sie davon? | Ja / Nein |
| 7. Fürchten Sie sich vor dem Fahren? | Ja / Nein |
| 8. Regen Sie sich im Auto leicht auf? | Ja / Nein |
| 9. Als Beifahrer: Geben Sie dem Fahrer Anweisungen? | Ja / Nein |
| 10. Fahren Sie weniger Auto als früher? | Ja / Nein |
| 11. Erwarten Sie einen weiteren Unfall? | Ja / Nein |
| 12. Reagieren Sie auf Ihren Unfall wie jeder andere? | Ja / Nein |

In welchem Ausmaß fürchten und vermeiden Sie die folgenden Umstände?

Wählen Sie bitte eine Ziffer von der folgenden Skala, um das Ausmaß Ihres Vermeidens anzugeben und tragen Sie diese neben der Situation ein.

0 1 2 3 4 5 6 7 8

<i>Kein Vermeiden</i>	<i>Gelegentliches Vermeiden</i>	<i>Häufiges Vermeiden</i>	<i>Regelmäßiges Vermeiden</i>
-----------------------	---------------------------------	---------------------------	-------------------------------

Seit dem Unfall vermeide ich...

- | | |
|---|-------|
| 13. Das Autofahren als Passagier | ----- |
| 14. Das Autofahren als Fahrer | ----- |
| 15. Bestimmte Sitzplätze im Auto | ----- |
| 16. Bestimmte Straßen | ----- |
| 17. Passagier sein bei bestimmten Fahrern | ----- |
| 18. Fahren bei bestimmtem Wetter | ----- |
| 19. Nachrichten von Unfällen | ----- |
| 20. Den Anblick von Wunden und Verletzungen | ----- |
| 21. Strassen alleine zu überqueren | ----- |
| 22. Das Bus- oder Straßenbahnfahren | ----- |

Wie sehr sind Sie durch körperliche Erkrankungen, z. B. durch Rückenschmerzen oder Bauchschmerzen behindert? - Bitten umkreisen Sie die entsprechende Ziffer: Zwischen 0 (überhaupt nicht) bis 8 (schwerbehindert).

0 1 2 3 4 5 6 7 8