1. Machen Sie sich übermäßige Sorgen? Ja___ Nein___

2. Sind Ihre Sorgen übermäßig stark, übermäßig häufig oder übermäßig beeinträchtigend?
Ja___ Nein___

3. Finden Sie es schwierig, Ihre Sorgen zu kontrollieren (oder zu stoppen), wenn sie einmal angefangen haben? Ja___ Nein___

4. Sorgen Sie sich übermäßig stark und unkontrollierbar über kleinere Angelegenheiten (zum Beispiel: zu spät zu einer Verabredung zu kommen, kleinere Reparaturen, Hausarbeiten)
Ja___ Nein___

5. Bitte listen Sie hier die Themen auf, über die Sie sich am häufigsten übermäßig und unkontrollierbar Sorgen machen:

a._____ b._____

c._____ d._____

e._____ f..._____

6. Litten Sie <u>während der letzten sechs Monate</u> an der Mehrzahl der Tage unter übermäßigen und unkontrollierbaren Sorgen?
Ja_____ Nein ___

Falls JA, bitte fortfahren. Falls NEIN, lassen Sie die verbleibenden Fragen aus.

7. Wie oft litten Sie während der letzten sechs Monate unter den folgenden Symptomen? Kreuzen Sie bitte jedes Symptom an, das Sie an der Mehrzahl der Tage hatten:

___ Ruhelosigkeit oder Überdrehtheit
___ Schlafschwierigkeiten oder wenig erholsamer Schlaf
___ Konzentrationsschwierigkeiten
___ Irritierbarkeit
___ leichte Ermüdbarkeit
___ Muskelverspannungen

8. Wie stark beeinträchtigen Sorgen und körperliche Symptome Ihr Leben, Ihre Arbeit, Ihre sozialen Aktivitäten, Ihre Familie usw.? Streichen Sie eine Zahl an:

0 1 2 3 4 5 6 7 8
/ / / / / / / / /
Gar nicht etwas mäßig stark sehr stark

9. Wie stark leiden Sie unter Sorgen und körperliche Symptomen? Streichen Sie eine Zahl an:

0 1 2 3 4 5 6 7 8
/ / / / / / / / /
Gar nicht etwas mäßig stark sehr stark
distress