GAD-7

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 14 Tagen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? *(Bitte kreuzen Sie die für Sie passende Antwort an)*	**Überhaupt nicht**	**An einzelnen Tagen**	**An mehr als der Hälfte der Tage**	**Beinahe jeden Tag**
1. Gefühle der Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	0	1	2	3
2. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	0	1	2	3
3. Übermässige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	0	1	2	3
4. Schwierigkeiten, sich zu entspannen	0	1	2	3
5. So rastlos sein, dass das Stillsitzen schwer fällt	0	1	2	3
6. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	0	1	2	3
7. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schreckliches passieren	0	1	2	3

(*For office coding: Total Score T*____ = ____ + ____ + ____)

Entwickelt von Dr. Robert L. Spitzer, Dr. Janet B.W. Williams, Dr. Kurt Kroenke und Kollegen, mit Unterstützung von Pfizer Inc. Es ist keine Erlaubnis zur Vervielfältigung, Übersetzung, Anzeige oder Weiterverbreitung erforderlich.