

M28.13 Ratings für Verhaltensexperimente

Name/Chiffre d. Pat.
Geburtsdatum d. Pat.
Heutiges Datum

Typischer Angstanfall

Bitte kreuzen Sie auf den folgenden Skalen an, wie ängstlich Sie sich während eines typischen Angstanfalls fühlen und in welchem Ausmaß Sie dabei jedes der folgenden Symptome erleben.

überhaupt keine Angst	mittelmäßige Angst				extreme Angst
0	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	
	gar nicht	etwas	stark		
1. Taubheit oder Kribbeln in Körperteilen	0	1	2		
2. Furcht hinzufallen oder Schwächegefühl in den Beinen	0	1	2		
3. Geschwollene Zunge	0	1	2		
4. Schwitzen	0	1	2		
5. Todesangst	0	1	2		
6. Gefühl, der Ohnmacht nahe zu sein	0	1	2		
7. Brennende Augen	0	1	2		
8. Erstickungs- oder Würgegefühle	0	1	2		
9. Hitzewallungen oder Kälteschauer	0	1	2		
10. Juckreiz	0	1	2		
11. Schwindel oder Benommenheit	0	1	2		
12. Zittern oder Beben	0	1	2		
13. Gefühle der Unwirklichkeit oder des Losgelöstseins	0	1	2		
14. Atemnot oder Kurzatmigkeit	0	1	2		
15. Eingeengtes Sichtfeld (Röhrensehen)	0	1	2		
16. Herzklopfen, Herzrasen oder unregelmäßiger Herzschlag	0	1	2		
17. Angst, verrückt zu werden	0	1	2		
18. Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust	0	1	2		
19. Süßer Geschmack im Mund	0	1	2		
20. Angst, Kontrolle zu verlieren	0	1	2		
21. Übelkeit oder Magen-/Darmprobleme	0	1	2		
22. Andere Symptome (Welche? _____)	0	1	2		

Verhaltensexperiment

Welches Verhaltensexperiment wurde durchgeführt? _____

Bitte kreuzen Sie auf den folgenden Skalen an, wie ängstlich Sie sich während des Verhaltensexperiments fühlten und in welchem Ausmaß Sie dabei jedes der folgenden Symptome erlebten.

überhaupt keine Angst	mittelmäßige Angst			extreme Angst
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
	gar nicht	etwas	stark	
1. Taubheit oder Kribbeln in Körperteilen	0	1	2	
2. Furcht hinzufallen oder Schwächegefühl in den Beinen	0	1	2	
3. Geschwollene Zunge	0	1	2	
4. Schwitzen	0	1	2	
5. Todesangst	0	1	2	
6. Gefühl, der Ohnmacht nahe zu sein	0	1	2	
7. Brennende Augen	0	1	2	
8. Erstickungs- oder Würgegefühle	0	1	2	
9. Hitzewallungen oder Kälteschauer	0	1	2	
10. Juckreiz	0	1	2	
11. Schwindel oder Benommenheit	0	1	2	
12. Zittern oder Beben	0	1	2	
13. Gefühle der Unwirklichkeit oder des Losgelöstseins	0	1	2	
14. Atemnot oder Kurzatmigkeit	0	1	2	
15. Eingeengtes Sichtfeld (Röhrensehen)	0	1	2	
16. Herzklopfen, Herzrasen oder unregelmäßiger Herzschlag	0	1	2	
17. Angst, verrückt zu werden	0	1	2	
18. Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust	0	1	2	
19. Süßer Geschmack im Mund	0	1	2	
20. Angst, Kontrolle zu verlieren	0	1	2	
21. Übelkeit oder Magen-/Darmprobleme	0	1	2	
22. Andere Symptome (Welche? _____)	0	1	2	

Bitte geben Sie auf der folgenden Skala an, wie groß die Ähnlichkeit zwischen den Effekten des Verhaltensexperiments und denen eines Ihrer Panikanfälle ist.

überhaupt nicht ähnlich	mittelmäßig ähnlich			völlig gleich
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				