

## Depressions-Checkliste

Bitte kreuzen Sie alle Punkte an, die auf Sie zutreffen.

Name: \_\_\_\_\_

### Haben oder hatten Sie in den vergangenen sechs Monaten...

<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Aggression</li><li><input type="radio"/> Ängste/Panik</li><li><input type="radio"/> Bluthochdruck</li><li><input type="radio"/> Depression / Depressive Verstimmungen</li><li><input type="radio"/> Erschöpfung/Burnout</li><li><input type="radio"/> Fibromyalgie</li><li><input type="radio"/> Gedächtnisstörungen</li><li><input type="radio"/> Große Erschöpfung vor allem am Morgen</li><li><input type="radio"/> Heißhungerattacken</li><li><input type="radio"/> Konzentrationsstörungen</li><li><input type="radio"/> Lustlosigkeit</li><li><input type="radio"/> Reizdarm</li><li><input type="radio"/> Schlafstörungen</li><li><input type="radio"/> Unruhe</li><li><input type="radio"/> Verlust der Kreativität</li><li><input type="radio"/> Zwänge / Zwangsstörungen</li></ul>	<p>A    ___</p> <p>D    ___</p> <p>N    ___</p> <p>S    ___</p>
--	---