Hypochondrische Störung

Name: _____ Geb.Datum: _____ Untersuchungsdatum: _____

		Nein	Ja
A	(1) Sind Sie der **Überzeugung**, dass Sie an einer oder mehreren schweren körperlichen Krankheiten leiden?	❑	❑
	(2) **Seit wann** sorgen Sie sich um diese Krankheit(en)? ***[mindestens 6 Monate]***	❑	❑
	Beide Merkmale von Kriterium A erfüllt?	❑ →**Ende**	❑
B	(1) Sind Sie ständig **besorgt** wegen der Überzeugung krank zu sein?	❑	❑
	(2) Verursacht die Sorge andauerndes **Leiden** oder beeinträchtigt sie Ihr Alltagsleben?	❑	❑
	(3) Haben Sie sich schon **behandeln** oder untersuchen lassen (auch Hilfe von Laienheilern)?	❑	❑
	Alle Merkmale (1) – (3) von Kriterium B erfüllt?	❑ →**Ende**	❑

		Nein	Ja
C	**Beurteilen Sie:** Pat. weigert sich, die medizinische Versicherung zu akzeptieren, dass *keine ausreichende körperliche Ursache* für die körperlichen Symptome bzw. Entstellungen vorliegen. (Akzeptanz der ärztlichen Mitteilung allenfalls für kurze Zeiträume von bis zu einigen Wochen oder unmittelbar nach einer medizinischer Untersuchung)	❑ →**Ende**	❑
D	**Beurteilen Sie:** Die hypochondrische Symptomatik tritt *ausschließlich* während einer Schizophrenie oder verwandten Störungen (F2) oder bei einer affektiven Störung (F3) auf.	❑	❑ →**Ende**

Sind Kriterien **A** bis **D** erfüllt? **Nein** ❑ **Ja** ❑
→ **Ende**

Diagnose: F 4 5. 2

Hypochondrische Störung

Alle Rechte liegen bei der Arbeitsgruppe Psychotherapie- und Versorgungsforschung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg