

Name _____

Datum _____

MUS® - Medically Unexplained Symptoms (MUS) (vage und unspezifische Symptome) Selbstbewertungsbogen

- bitte kreuzen Sie bei jeder Antwort "ja" oder "nein" an -

| | | |
|--|----|------|
| Leiden Sie seit längerer Zeit an chronischer und anhaltender Müdigkeit? | Ja | Nein |
| Leiden Sie seit längerer Zeit an Stimmungsstörungen? | Ja | Nein |
| Leiden Sie seit längerer Zeit an beständiger Schlaflosigkeit oder an nächtliches Aufwachen? | Ja | Nein |
| Leiden Sie seit längerer Zeit an beständige Schläfrigkeit während des Tages? | Ja | Nein |
| Leiden Sie seit längerer Zeit an Angstzuständen? | Ja | Nein |
| Fühlen Sie sich seit längerer Zeit apatisch? | Ja | Nein |
| Leiden Sie an Panikattacken? | Ja | Nein |
| Fühlen Sie im Ruhezustand Änderungen des Herzschlags (Herzrhythmusstörungen oder Herzrasen)? | Ja | Nein |
| Ist Ihnen seit längerer Zeit Veränderungen des Appetits aufgefallen (übermäßiger Hunger oder Appetitlosigkeit)? | Ja | Nein |
| Leiden Sie an Nacht-Hunger (Nacht Binge Eating) Störungen? | Ja | Nein |
| Leiden Sie seit längerer Zeit an Säure-und Magenschmerzen, Vollegefühl, Blähungen nach den Mahlzeiten, Übelkeit? | Ja | Nein |
| Leiden Sie seit längerer Zeit an Reizdarm? | Ja | Nein |
| Leiden Sie regelmäßig an Verstopfung oder veränderten Stuhlgang? | Ja | Nein |
| Haben Sie in der Regel kalte Hände und Füße? | Ja | Nein |
| Leiden Sie an Änderungen des Schwitzens während des Schlafens? | Ja | Nein |
| Wachen Sie oft in einer schlechten Stimmung auf? | Ja | Nein |
| Fühlen Sie oft einen ungerechtfertigten Gewissensbiss? | Ja | Nein |
| Haben Sie Schwierigkeiten Freude oder Erleichterung, bei positiven Ereignissen, zu fühlen? | Ja | Nein |
| Haben sie in der letzten Zeit erheblichen Gewichtsverlust erlebt? | Ja | Nein |

Alter: _____ Geschlecht : _____ Gewicht : _____ Größe: _____