

Yager Subjective Effects Inventory (YSEI)

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Datum

Problem

Bitte umkreisen Sie für jede Frage die Nummer, die der zutreffenden Antwort entspricht.

Bezogen auf den/die/das vergangenen Tag/Woche/Monat:

Gar nicht

Sehr stark

In welchem Ausmaß sind die **Symptome** in Ihrem Leben vorhanden?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

In welchem Ausmaß hat sich das genannte Problem ausgewirkt auf

Ihr **soziales Leben**?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ihre **Familie**?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ihr **Sexualleben**?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ihr **spirituelles Leben**?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ihr **Gedächtnis**?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ihren **Schlaf**?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ihren **Appetit**?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ihr **Arbeitsleben**?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ihre **Konzentrationsfähigkeit**?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

In welchem Ausmaß hat das genannte Problem **Stress** für Sie ausgelöst?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

In welchem Ausmaß hat das genannte Problem bewirkt, dass Sie sich **depressiv** fühlen?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

In welchem Ausmaß hat das genannte Problem bewirkt, dass Sie sich **ängstlich** fühlen?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

In welchem Ausmaß hat das genannte Problem **körperliche Beschwerden** verursacht?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

In welchem Ausmaß hat das genannte Problem andere **Beschwerden/Probleme** verursacht? (Falls das zutrifft, welche Beschwerden/Probleme?)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nein

Ja

Wenn die Behandlung beendet ist, waren Sie mit den Ergebnissen zufrieden?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10