



PRIVATKLINIK BAD GLEISWEILER

Geriatric Depression Scale (GDS)

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Datum: _____

	Ja	Nein
1. Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?	☐	☐
2. Haben Sie viele von Ihren Tätigkeiten und Interessen aufgegeben?	☐	☐
3. Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei leer?	☐	☐
4. Ist Ihnen oft langweilig?	☐	☐
5. Sind Sie meistens guter Laune?	☐	☐
6. Befürchten Sie, dass Ihnen etwas Schlechtes zustoßen wird?	☐	☐
7. Sind Sie meistens zufrieden?	☐	☐
8. Fühlen Sie sich oft hilflos?	☐	☐
9. Sind Sie lieber zu Hause, statt auszugehen und etwas zu unternehmen?	☐	☐
10. Glauben Sie, dass Sie mit dem Gedächtnis mehr Schwierigkeiten haben als andere Leute?	☐	☐
11. Finden Sie, es sei wunderbar, jetzt zu leben?	☐	☐
12. Fühlen Sie sich so, wie Sie jetzt sind eher wertlos?	☐	☐
13. Fühlen Sie sich engergegeland?	☐	☐
14. Finden Sie, Ihre Lage sei hoffnungslos?	☐	☐
15. Glauben Sie, die meisten anderen Leute haben es besser als Sie?	☐	☐

Gesamtpunktzahl _____

Gezählt wird die Anzahl der Kreuze in ☐.