

DASTI

(Depression bei Aphasie nach Schlaganfall - Testinstrument)

Deutsche Übersetzung des SADQ-H 10 (Stroke Aphasic Depression Questionnaire 10-item Hospital version, Lincoln et al. 2000)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Bitte geben Sie an, wie oft der/die Betroffene in den letzten 7 Tagen folgende Verhaltensweisen zeigte:

1. Gab es Phasen in denen er/sie weinte? <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> an 4-6 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> an 1-4 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	6. Wurde er/sie wütend? <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> an 4-6 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> an 1-4 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
2. Hatte er/sie unruhige, unterbrochene oder schlaflose Nächte? <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> an 4-6 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> an 1-4 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	7. Lehnte er/sie die Teilnahme an sozialen Aktivitäten ab? <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> an 4-6 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> an 1-4 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
3. Hielt er/sie Blickkontakt wenn Sie mit ihm/ihr sprachen? <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> an 4-6 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> an 1-4 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	8. Saß er/sie da ohne etwas zu tun? <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> an 4-6 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> an 1-4 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
4. Brach er/sie in Tränen aus? <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> an 4-6 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> an 1-4 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	9. Wurde er/sie unruhig oder zappelig? <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> an 4-6 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> an 1-4 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
5. Gab er/sie an, unter Schmerzen zu leiden? <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> an 4-6 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> an 1-4 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	10. Beschäftigte er/sie sich den Tag über selbst? <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> an 4-6 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> an 1-4 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> überhaupt nicht