

## Edinburgh-Postnatal-Depressions-Skala EPDS (Fragebogen zur Selbsteinschätzung)

Da Sie vor kurzem ein Kind geboren haben oder bald eines gebären werden, würden wir gerne wissen, wie Sie sich in den letzten 7 Tagen (oder bei Verwendung in den ersten Tagen nach der Geburt: seit der Geburt) gefühlt haben. Bitte markieren Sie die Antworten durch Ankreuzen des Kästchens vor jener Antwortzeile, welche für Sie am ehesten zutrifft.

<b>In den letzten 7 Tagen oder in den Tagen seit der Geburt...</b>	<b>Punkte</b>
<b>1. ...konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen</b>	
<input type="checkbox"/> so wie ich es immer konnte .....	0
<input type="checkbox"/> nicht ganz so wie sonst .....	1
<input type="checkbox"/> deutlich weniger als früher .....	2
<input type="checkbox"/> überhaupt nicht.....	3
<b>2. ...konnte ich mich so richtig auf etwas freuen</b>	
<input type="checkbox"/> so wie immer .....	0
<input type="checkbox"/> etwas weniger als sonst .....	1
<input type="checkbox"/> deutlich weniger als früher .....	2
<input type="checkbox"/> kaum.....	3
<b>3. ...fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief</b>	
<input type="checkbox"/> ja, meistens .....	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal .....	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht so oft .....	1
<input type="checkbox"/> nein, niemals .....	0
<b>4. ...war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen</b>	
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht.....	0
<input type="checkbox"/> selten.....	1
<input type="checkbox"/> ja, manchmal .....	2
<input type="checkbox"/> ja, häufig.....	3
<b>5. ...erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen</b>	
<input type="checkbox"/> ja, oft.....	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal .....	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht oft .....	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht.....	0
<b>6. ...überforderte mich verschiedenste Umstände</b>	
<input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden .....	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden .....	2
<input type="checkbox"/> nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden.....	1
<input type="checkbox"/> nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig .....	0
<b>7. ...war ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte</b>	
<input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit.....	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal .....	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht sehr oft .....	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht.....	0
<b>8. ...habe ich mich traurig und schlecht gefühlt</b>	
<input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit.....	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal .....	2
<input type="checkbox"/> selten.....	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht.....	0
<b>9. ...war ich so unglücklich, dass ich geweint habe</b>	
<input type="checkbox"/> ja, die ganze Zeit.....	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal .....	2
<input type="checkbox"/> nur gelegentlich .....	1
<input type="checkbox"/> nein, niemals .....	0
<b>10. ...überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen</b>	
<input type="checkbox"/> ja, ziemlich oft .....	3
<input type="checkbox"/> manchmal.....	2
<input type="checkbox"/> kaum.....	1
<input type="checkbox"/> niemals.....	0

**Zählen Sie die Punkte zusammen. Haben Sie eine Gesamtpunktzahl von 10 oder höher, kontaktieren Sie eine Fachperson zur genaueren Abklärung.**