

Initialen: ..... Untersucher: ..... Datum: .....

**Teil A : PatientIn und UntersucherIn gemeinsam! „I WANT TO SEE IT THROUGH YOUR EYES“**

Geben Sie bitte bei jeder Frage an, wie Sie sich gerade jetzt fühlen (Bitte zutreffende Zahl ein kreisen). Ordnen Sie nachher in der linken Spalte die Fragen entsprechend der Wichtigkeit, die Sie ihnen zuordnen. Dabei steht 1 für die wichtigste und 5 für die unwichtigste Frage.

Rang .....	1) Beurteilen Sie den <b>psychischen Schmerz</b> (Gefühl der Verletzung, des Leids, des Elends, nicht jedoch Anspannung und Stress oder körperlichen Schmerz): <p align="center"><b>niedriger psychischer Schmerz: 1 2 3 4 5 : hoher psychischer Schmerz</b></p> Ich finde psychisch am schmerzhaftesten: .....
.....	2) Beurteilen Sie das Ausmass des <b>aktuellen Stresszustandes</b> (Ihr allgemeines Gefühl, unter Druck zu stehen, von etwas überwältigt zu sein u.ä.): <p align="center"><b>niedriger innerer Stresszustand: 1 2 3 4 5 : hoher innerer Stresszustand</b></p> Für mich ist am meisten mit Stress verbunden: .....
.....	3) Beurteilen Sie innere <b>Spannung und Erregung</b> (bedrängende Gefühlsinhalte, das Gefühl, Sie müssten irgendetwas – ohne zu wissen was – tun; nicht jedoch Verärgerung, nicht „Verleider“): <p align="center"><b>niedrige Erregung: 1 2 3 4 5 : hohe Erregung</b></p> Ich habe am ehesten das Bedürfnis etwas zu tun, um diesem Erregungszustand ein Ende zu setzen, wenn: .....
.....	4) Beurteilen Sie die <b>Hoffnungslosigkeit</b> (Ihre Erwartung, dass sich die Dinge nicht bessern, ganz egal, was Sie machen werden): <p align="center"><b>wenig Hoffnungslosigkeit: 1 2 3 4 5 : viel Hoffnungslosigkeit</b></p> Ich bin am hoffnungslosesten in Bezug auf: .....
.....	5) Beurteilen Sie die <b>Selbstentwertung</b> , den Selbsthass (Ihr allgemeines Gefühl, sich selbst nicht zu mögen, keinen Selbstwert zu haben, sich selbst nicht zu respektieren): <p align="center"><b>wenig Selbstentwertung: 1 2 3 4 5 : viel Selbstentwertung</b></p> Was ich an mir am meisten ablehne, ist: .....
.....	6) Allgemeine Einschätzung der <b>Suizidgefährdung</b> : <p align="center"><b>extrem niedrig (werde mich <u>nicht</u> umbringen): 1 2 3 4 5 : extrem hoch (werde mich umbringen)</b></p>

1) Inwiefern sind Ihre Suizidgedanken abhängig von **Gefühlen und Gedanken über sich selbst**?

**Überhaupt nicht 1 2 3 4 5 völlig**

2) Inwiefern sind Ihre Suizidgedanken abhängig von **Gefühlen oder Gedanken anderen gegenüber**?

**Überhaupt nicht 1 2 3 4 5 völlig**

Bitte schreiben Sie im Folgenden möglichst viele Gründe oder Motive auf, warum Sie leben wollen, oder warum Sie sterben wollen. Bitte ordnen Sie dann die einzelnen Gründe entsprechend ihrer Wichtigkeit von 1 – 5 in der Spalte „Rang“.

Rang	Gründe/Motive, die für das Leben sprechen	Rang	Gründe/Motive, die für den Tod sprechen

**Mein Wunsch zu leben, ist:**      Überhaupt nicht vorhanden: 1 2 3 4 5 6 7 8: ganz besonders stark

**Mein Wunsch zu sterben, ist:**      Überhaupt nicht vorhanden: 1 2 3 4 5 6 7 8: ganz besonders stark

Das, was mir am meisten helfen würde, nicht mehr an Suizid zu denken, wäre .....

.....

**Teil B (Untersucher)**

Ja Nein Suizidplan: Wann: .....  
 Wo: .....  
 Wie: ..... Zugang zu Suizidmitteln ja nein

Ja Nein Suizidvorbereitungen Beschreibe: .....

Ja Nein Probehandlungen Beschreibe: .....

Ja Nein Suizidanamnese

· Suizidgedanken Beschreibe: .....

◦ Häufigkeit ..... pro Tag ..... pro Woche ..... pro Monat

◦ Dauer ..... Sekunden ..... Minuten ..... Stunden

· Ein Versuch Beschreibe: .....

· Mehrere Versuche Beschreibe: .....

Ja Nein Aktuelle Suizidabsicht Subjektiv Beschreibe: .....

Objektiv Beschreibe: .....

Ja Nein Impulsivität Subjektiv Beschreibe: .....

Objektiv Beschreibe: .....

Optional auszufüllen

Ja Nein Substanzmissbrauch Beschreibe: .....

Ja Nein Bedeutende Verluste Beschreibe: .....

Ja Nein Soziale Isolation Beschreibe: .....

Ja Nein Beziehungsschwierigkeiten Beschreibe: .....

Ja Nein Gesundheitliche Probleme Beschreibe: .....

Ja Nein Probleme mit dem Gesetz Beschreibe: .....