

Name:

Datum:

Bitte schreiben Sie das traumatische Ereignis auf:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen daraufhin, ob Sie für den Zeitpunkt oder Zeitraum des Traumas und unmittelbar danach zutrafen.

	Stimmt nicht	Stimmt ein wenig	Stimmt etwas	Stimmt weitgehend	Stimmt vollständig
1 Ich fühle mich hilflos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Ich empfand Traurigkeit und seelischen Schmerz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Ich fühlte mich frustriert und ärgerlich nicht mehr tun zu können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Ich fürchtete mich um meine Sicherheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Ich fühlte mich schuldig, dass nicht mehr getan wurde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Ich schämte mich für meine Gefühlsreaktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Ich war beunruhigt über die Sicherheit der anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Ich war nahe daran, die Kontrolle über meine Gefühle zu verlieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Ich hatte Schwierigkeiten meinen Darm und meine Blase zu beherrschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Ich war entsetzt über das Geschehene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Ich hatte Körperreaktionen wie Schwitzen, Zittern und Herzklopfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Ich fürchte, ich würde ohnmächtig werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Ich dachte, ich müsste sterben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>