

Hypochondrische Störung

Name: _____

Alter: _____ Datum: _____

A Eine Störung mit mindestens einem der folgenden klinischen Merkmale:

- (1) Anhaltende *Überzeugung* über das Vorliegen von höchstens zwei schweren körperlichen Krankheiten (von denen mindestens eine speziell vom Patienten benannt sein muß) für die Dauer von mindestens 6 Monaten. Nein Verdacht Ja
- (2) Vorherrschendes *Beschäftigtsein* mit einer vom Patienten angenommenen körperlichen Mißbildung oder Entstellung (dysmorphophobe Störung). Nein Verdacht Ja

Kriterium A: Merkmal (1) oder (2) Nein Verdacht Ja
 Ende ←

Beschreiben Sie die hypochondrischen Vorstellungen des Patienten:

B Ständige Sorge um diese Überzeugungen(en) und Symptome verursacht *andauerndes Leiden* oder Beeinträchtigungen im Alltagsleben und veranlaßt den Patienten, um medizinische Behandlungen oder Untersuchungen (oder entsprechende Hilfe von Laienheilern) nachzusuchen. Nein Verdacht Ja
 Ende ↓

C Hartnäckige *Weigerung*, die medizinische Versicherung zu akzeptieren, daß keine adäquate körperliche Ursache für die körperlichen Symptome bzw. Entstellungen vorliegen (allenfalls Akzeptanz für kurze Zeiträume von bis zu einigen Wochen unmittelbar nach oder während medizinischer Untersuchungen). Nein Verdacht Ja
 Ende ↓

D Die hypochondrische Symptomatik tritt *ausschließlich* bei Schizophrenie und verwandten Störungen (F20 - F29) oder bei einer affektiven Störung (F30 - F39) auf. Ja Verdacht Nein
 Ende ←

Ordnen Sie die ermittelte Symptomatik zeitlich ein:

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Verdacht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Verdacht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Verdacht
Derzeit: Symptomatik besteht derzeit erstmalig.	Derzeit und früher: Symptomatik besteht derzeit und lag auch zu einem früheren Zeitraum vor.	Früher: Symptomatik bestand zu einem früheren Zeitpunkt (angeben: _____)

Falls Kriterien A bis D erfüllt:

Diagnose:

Hypochondrische Störung

F	4	5.	2
---	---	----	---

nicht erfüllt Verdacht erfüllt

- Falls die Symptomatik als *klinisch bedeutsam* beurteilt wird und keine andere spezifische somatoforme Störung vorliegt, so können die folgenden Restkategorien gewählt werden:

Andere somatoforme Störung (F45.B)	Verdacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Nicht näher bezeichnete somatoforme Störung (F45.9)	Verdacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
- Überprüfen Sie andere Störungen, die evtl. zur diagnostischen Einordnung der geschilderten Beschwerden in Frage kommen:

Andere somatoforme Störung bitte angeben:	Verdacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Angststörung bitte angeben:	Verdacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Körperliche Erkrankung bitte angeben:	Verdacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>