

Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8)

German Version
Deutsche Version

Patient*innen ID: _____

Datum: _____

Notizen:

[illegible]

Somatic Symptom Scale-8 (SSC-8)

<i>Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 7 Tage durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?</i>	Gar nicht	Wenig	Mittel	Stark	Sehr stark
1. Bauchschmerzen oder Verdauungsbeschwerden	0	1	2	3	4
2. Rückenschmerzen	0	1	2	3	4
3. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken	0	1	2	3	4
4. Kopfschmerzen	0	1	2	3	4
5. Schmerzen im Brustbereich oder Kurzatmigkeit	0	1	2	3	4
6. Schwindel	0	1	2	3	4
7. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	0	1	2	3	4
8. Schlafstörungen	0	1	2	3	4

Spaltensummen: _____ + _____ + _____ + _____ + _____

Gesamtwert: _____