

Name: \_\_\_\_\_ ID-Nr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ männlich  weiblich 

Ausgefüllt von: Mutter / Vater / Fachperson: \_\_\_\_\_

**Anleitung: Kreuzen Sie unter den folgenden Ziffern (1-15) diejenigen an, die den gegenwärtigen klinischen Zustand des Patienten auf der Basis der folgenden Leitlinien am besten beschreibt:**

- 1 Minimal innerhalb des Normalbereiches oder sehr leichte Symptome.** Die  
**2** Person verbringt sehr wenig Zeit mit Widerstand gegenüber den  
**3** Symptomen. Praktisch keine Beeinträchtigung bei Alltagsaktivitäten.
- 4 Subklinisches zwanghaftes Verhalten.** Leichte Symptome, die für den Patienten  
**5** und Beobachter erkennbar sind, leichte Beeinträchtigungen im Leben des Patien-  
**6** ten hervorrufen und denen er für eine geringe Zeitspanne Widerstand entgegensetzen  
kann. Von Dritten leicht toleriert.
- 7 Klinisches zwanghaftes Verhalten.** Die Symptome verursachen eine bedeutsame  
**8** Beeinträchtigung im Leben des Patienten und er verbringt einen beträchtlichen  
**9** Anteil bewusster Energie, ihnen Widerstand entgegenzubringen. Er braucht von Drit-  
ten einige Unterstützung, um Alltagsaktivitäten nachzukommen.
- 10 Schwer zwanghaftes Verhalten.** Symptome, welche dem Patienten behindern  
**11** und soweit beeinträchtigen, dass Alltagsaktivitäten „einen aktiven Kampf“ be-  
**12** deuten. Der Patient muss möglicherweise permanent Widerstand gegenüber den  
Symptomen leisten. Er braucht viel Hilfe von Dritten, um seine Funktionen zu erfül-  
len.
- 13 Sehr schweres zwanghaftes Verhalten.** Die Symptome führen zu einer vollstän-  
**14** digen Behinderung des Patienten, so dass er eine sehr enge Mitarbeiter- Betreuung  
**15** bei Essen, Schlafen braucht. Kleinste Entscheidungen oder geringste Aktivitäten  
benötigen Unterstützung durch die Betreuer, „das Schlimmste, was ich je gesehen  
habe.“