

ID _____ Datum _____

PC-PTSD

Habe Sie in Ihrem Leben jemals eine Erfahrung gemacht, die so beängstigend, schrecklich oder erschütternd war, dass Sie

im letzten Monat...

1. Alpträume davon hatten oder daran gedacht haben, wenn Sie es nicht wollten?

Ja

Nein

2. Sich sehr bemüht haben nicht daran zu denken oder sich große Mühe gegeben haben Situationen zu vermeiden, die Sie daran erinnerten?

Ja

Nein

3. Ständig auf der Hut, wachsam oder leicht zu erschrecken waren?

Ja

Nein

4. Sich wie abgestumpft gefühlt haben oder entfremdet von anderen Menschen, Aktivitäten oder Ihrer Umgebung?

Ja

Nein