

CENTRAL SENSITIZATION INVENTORY German version (CSI-GE)
„Zentraler Sensibilisierungsfragebogen“ TEIL A

Bitte umkreisen Sie bei jeder Aussage die für Sie aktuell am besten passende Antwort auf der rechten Seite.

1. Wenn ich morgens aufwache, fühle ich mich müde und nicht erholt.	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
2. Meine Muskeln fühlen sich steif und schmerzhaft an.	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
3. Ich habe Angstattacken.	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
4. Ich knirsche oder beiße meine Zähne zusammen.	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
5. Ich habe Probleme mit Durchfall und/oder Verstopfung.	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
6. Ich brauche Hilfe bei der Verrichtung meiner Alltagstätigkeiten.	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
7. Ich reagiere empfindlich auf helles Licht.	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
8. Ich ermüde sehr schnell bei körperlichen Aktivitäten.	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
9. Ich habe am ganzen Körper Schmerzen.	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
10. Ich habe Kopfschmerzen.	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
11. Meine Blase fühlt sich unangenehm an und/oder ich habe Brennen beim Wasserlassen.	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
12. Ich schlafe nicht gut.	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
13. Ich habe Konzentrationsschwierigkeiten.	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
14. Ich habe Hautprobleme, wie z.B. trockene oder juckende Haut oder Hautausschlag.	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
15. Stress verstärkt meine körperlichen Beschwerden.	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
16. Ich fühle mich traurig oder niedergeschlagen.	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
17. Ich habe wenig Energie.	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
18. Ich habe Muskelverspannungen im Nacken- und Schulterbereich.	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
19. Ich habe Kieferschmerzen.	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
20. Mir wird von manchen Gerüchen, wie z.B. Parfüm, schwindlig und übel.	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
21. Ich muss häufig Wasserlassen.	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
22. Meine Beine fühlen sich unangenehm und ruhelos an, wenn ich versuche nachts einzuschlafen.	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
23. Ich habe Schwierigkeiten, mich an Dinge zu erinnern.	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
24. Ich erlitt als Kind traumatische Erlebnisse	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
25. Ich habe Schmerzen im Beckenbereich.	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
Gesamtsumme =					

CENTRAL SENSITIZATION INVENTORY German version (CSI-GE)
„Zentraler Sensibilisierungsfragebogen“ TEIL B

Hat ein Arzt/eine Ärztin bei Ihnen eine der folgenden Diagnosen gestellt?
Bitte kreuzen Sie auf der rechten Seite die passende Antwort zu jeder ärztlichen
Diagnose an und geben Sie das Jahr an in dem die Diagnose gestellt wurde.

	NEIN	JA	Jahr der Diagnosestellung
1. Restless-Legs-Syndrom (Syndrom der unruhigen Beine)			
2. Chronisches Erschöpfungssyndrom (Chronisches Fatigue Syndrom)			
3. Fibromyalgie			
4. Kiefergelenks-Funktionsstörung (Cranio-mandibuläre Dysfunktion)			
5. Migräne oder Spannungskopfschmerz			
6. Reizdarmsyndrom (Colon irritabile)			
7. Unverträglichkeit gegen verschiedene chemische Substanzen (Multiple Chemical Sensitivity)			
8. Nackenverletzung (einschließlich Schleudertrauma)			
9. Angst- oder Panikattacken			
10. Depression			