

Site Number	Subject Number <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Examiner Initials <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Visit	Examination Date <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Day Month Year</small>
-------------	--	---	-------	---

Das Copyright dieser Skala und ihrer Übersetzungen liegt bei den Autoren (Leentjens AFG, Dujardin K, Pontone GM, Starkstein SE, Weintraub D und Martinez-Martin P; 2014). Die Skala und ihre Übersetzungen sind für jedermann zugänglich und können unter der Voraussetzung der Nennung der Quelle ohne zusätzliche Genehmigung kostenlos genutzt werden.

Die Parkinson-Angst-Skala (PAS) - deutsche Version (für Österreich)

A. Anhaltende Ängste

Bitte kreuzen Sie pro Frage einen Kreis an

In welchem Ausmaß haben Sie in den letzten vier Wochen die folgenden Symptome verspürt?

A.1. Habe mich ängstlich oder nervös gefühlt

- 0. Überhaupt nicht oder nie
- 1. Sehr leicht oder selten
- 2. Leicht oder manchmal
- 3. Mäßig oder oft
- 4. Stark oder (fast) immer

A.2. Habe mich angespannt oder gestresst gefühlt

- 0. Überhaupt nicht oder nie
- 1. Sehr leicht oder selten
- 2. Leicht oder manchmal
- 3. Mäßig oder oft
- 4. Stark oder (fast) immer

A.3. Habe mich nicht entspannen können

- 0. Überhaupt nicht oder nie
- 1. Sehr leicht oder selten
- 2. Leicht oder manchmal
- 3. Mäßig oder oft
- 4. Stark oder (fast) immer

Site Number	Subject Number <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Examiner Initials <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Visit	Examination Date <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Day Month Year</small>
-------------	--	---	-------	---

A.4. Habe mir übertriebene Sorgen über alltägliche Dinge gemacht

- 0. Überhaupt nicht oder nie
- 1. Sehr leicht oder selten
- 2. Leicht oder manchmal
- 3. Mäßig oder oft
- 4. Stark oder (fast) immer

A.5. Habe befürchtet, dass etwas Schlechtes oder sogar das Allerschlimmste passiert

- 0. Überhaupt nicht oder nie
- 1. Sehr leicht oder selten
- 2. Leicht oder manchmal
- 3. Mäßig oder oft
- 4. Stark oder (fast) immer

B. Episodische Ängste

Bitte kreuzen Sie pro Frage einen Kreis an

Haben Sie in den letzten vier Wochen Episoden mit folgenden Symptomen verspürt?

B.1. Panik oder große Furcht

- 0. Nie
- 1. Selten
- 2. Manchmal
- 3. Oft
- 4. Fast immer

B.2. Kurzatmigkeit

- 0. Nie
- 1. Selten
- 2. Manchmal
- 3. Oft
- 4. Fast immer

Site Number	Subject Number <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Examiner Initials <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Visit	Examination Date <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Day Month Year</small>
-------------	--	---	-------	---

B.3. Herzklopfen oder Herzrasen (ohne Zusammenhang mit körperlicher Anstrengung oder Aktivität)

- 0. Nie
- 1. Selten
- 2. Manchmal
- 3. Oft
- 4. Fast immer

B.4. Furcht, die Kontrolle zu verlieren

- 0. Nie
- 1. Selten
- 2. Manchmal
- 3. Oft
- 4. Fast immer

C. Vermeidungsverhalten

Bitte kreuzen Sie pro Frage einen Kreis an

In welchem Ausmaß haben Sie sich in den letzten vier Wochen vor den folgenden Situationen gefürchtet oder diese vermieden?

C.1. Situationen im sozialen Umfeld (in denen man von anderen beobachtet oder beurteilt wird, wie in der Öffentlichkeit sprechen oder sich mit fremden Menschen unterhalten)

- 0. Nie
- 1. Selten
- 2. Manchmal
- 3. Oft
- 4. Fast immer

C.2. Öffentliche Umgebungen (Situationen, denen man sich nur schwer oder mit Peinlichkeit entziehen könnte, wie Warteschlangen, Menschenmengen, Brücken oder öffentliche Verkehrsmittel)

- 0. Nie
- 1. Selten
- 2. Manchmal
- 3. Oft
- 4. Fast immer

C.3. Bestimmte Gegenstände oder Situationen (wie in Flugzeugen fliegen, große Höhen, Spinnen oder andere Tiere, Nadeln oder Blut)

- 0. Nie
- 1. Selten
- 2. Manchmal
- 3. Oft
- 4. Fast immer