

## Fragebogen: Wie wirkt meine Psychofonie?

Geburtsjahr 19\_\_\_\_  weiblich  männlich *Bitte Zutreffendes ankreuzen*  
 Therapiebeginn \_\_\_\_/\_\_\_\_ Monat/Jahr eventuell *Therapieende* \_\_\_\_/\_\_\_\_ Monat/Jahr  
 Ich höre sie \_\_\_\_ mal pro Tag ab falls seltener, wie? \_\_\_\_\_

*Falls Sie Psychofonie bis heute hören, «zum Ende der Therapie» nicht ankreuzen →*

		5 4 3 2 1	↓
<b>Wie war / wie ist Ihr Gesamtbefinden?</b>	zu Beginn der Therapie	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sehr schlecht
	zum Ende der Therapie	<i>sehr gut</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>sehr schlecht</i>
	heute	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sehr schlecht
<b>Wie war / wie ist Ihre körperliche Gesundheit?</b>	zu Beginn der Therapie	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sehr schlecht
	zum Ende der Therapie	<i>sehr gut</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>sehr schlecht</i>
	heute	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sehr schlecht
<b>Wie war / wie ist Ihr psychisches Befinden?</b>	zu Beginn der Therapie	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sehr schlecht
	zum Ende der Therapie	<i>sehr gut</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>sehr schlecht</i>
	heute	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sehr schlecht
<b>Wie war / wie sind Ihre sozialen Kontakte?</b>	zu Beginn der Therapie	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sehr schlecht
	zum Ende der Therapie	<i>sehr gut</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>sehr schlecht</i>
	heute	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sehr schlecht
<b>Leben / lebten Sie in einer Beziehung?</b> Evt. in welcher? _____	zu Beginn der Therapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	zum Ende der Therapie	<i>ja</i> <input type="checkbox"/> <i>nein</i> <input type="checkbox"/>	
	heute	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Waren / sind Sie erwerbstätig?</b>	zu Beginn der Therapie	arbeitslos <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/>	
	heute	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Welchem Beruf gingen Sie / gehen Sie nach? _____		/	
Wann waren / sind Ihre Arbeitszeiten? _____		/	

### Wofür nahmen / nehmen Sie Medikamente ein?

- Herz / Kreislauf     Atemwege     Stoffwechsel     Magen- / Darmstörungen  
 Infektionen     Depressionen     Aufmerksamkeit     Kopfweh / Migräne  
 Schlafstörungen     Rheuma     andere / welche? \_\_\_\_\_

### Ich nahm / nehme Medikamente

		5 4 3 2 1
<b>...infolge akuter Erkrankung?</b>	zu Beginn der Therapie	nie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> häufig
	zum Ende der Therapie	<i>nie</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>häufig</i>
	heute	nie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> häufig
<b>...infolge chro- nischer Leiden?</b>	zu Beginn der Therapie	nie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> häufig
	zum Ende der Therapie	<i>nie</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>häufig</i>
	heute	nie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> häufig

### Spezifische Wirkungen der Psychofonie:

	5 4 3 2 1
Psychofonie lindert meine Schmerzen (welche _____ )	total <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht
Psychofonie verbessert meinen Schlaf	total <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht
Psychofonie verbessert meinen Tinnitus-Leidensdruck	total <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht
Psychofonie entspannt mich	total <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht
Psychofonie macht mich aufmerksamer	total <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht
Psychofonie erhöht meine Leistungsfähigkeit	total <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht
Psychofonie reduziert meinen Medikamentenkonsum	total <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht

## Meine allgemeinen Feststellungen zur Psychofonie:

«Ich habe aufgehört Psychofonie zu hören, weil... falls ja, *blau* oder *rot* unterstreichen

...ich mich *gesund* / *geheilt* fühle.»

ja  nein

...es bei mir *nicht* / *nicht mehr* nützt.»

ja  nein

«Ich höre Psychofonie *dauernd* / *oft*, damit fühle ich mich besser.»

ja  nein

«Mir hat die Psychofonie geholfen, weniger zum Arzt zu gehen.»

ja  nein

«Ich bin dank Psychofonie ein neuer Mensch?»

ja  nein

«Ich empfehle die Psychofonie weiter.»

ja  nein

Was waren Ihre Motive, die Psychofonie zu machen?

schlechte Ärzte  Medikamentenabbau  \_\_\_\_\_

## Ich beschreibe Ihnen meinen Fall / meine Psychofonie-Erfahrungen hier noch mit Worten:

*Anregungen: Art Ihrer Beschwerden; wann treten die Beschwerden auf; mutmassliche Einflussfaktoren (Tageszeiten, Jahreszeiten, Wetter, familiäre Belastung, etc.); waren Sie dafür bei einem Facharzt oder beim Hausarzt - wie oft? Konnten die Ärzte helfen? Wie viele Tage pro Jahr waren Sie krankgeschrieben?*

Ich erlaube Ihnen, diesen Bericht in Worten auf [www.psychfonie.ch](http://www.psychfonie.ch) ins Internet zu stellen.

auf keinen Fall

selbstverständlich gerne → Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

nur anonym

mit Namensnennung und Wohnort oder E-Mail-Adresse

Die Adresse der Psychofoniehörerin / des Psychofoniehörers lautet (fakultative Angaben):

Name: \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**Bitte in beiliegendem frankierten und voradressierten Couvert zurücksenden.**