



**Gibt es Situationen (z.B. Leistungssituationen), in denen Sie starke Unterzuckerungsangst haben - unabhängig vom tatsächlichen Risiko einer Unterzuckerung?**

ja  nein

**In welchen Situationen erleben Sie starke Unterzuckerungsangst?**

.....  
.....  
.....

**Wie häufig kommt es vor, dass Sie eine Situation vermeiden, weil Sie eine Unterzuckerung befürchten?**

nie       selten       gelegentlich       oft       sehr oft

**Welche Situationen vermeiden Sie aus Angst vor Unterzuckerungen?**

.....  
.....  
.....

**Wie oft messen Sie Ihren Blutzucker pro Tag?**

Ca. .... mal pro Tag

**Fühlen Sie sich durch die Angst vor Unterzuckerungen in Ihrem Leben, bei Ihrer Arbeit, Ausbildung oder in anderen Lebensbereichen, belastet?**

gar nicht       ein wenig       mäßig       schwer       massiv

**Hatten Sie in den letzten Monaten wiederholt starke Angstzustände auch vor anderen Dingen / Situationen (außer Unterzuckerungsangst)?**

ja  nein

**Waren Sie wegen Ihrer Unterzuckerungsangst oder anderen Problemen schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?**

Früher:  ja (19.... / 20 ....)  nein      Derzeit:  ja  nein

Nähere Angaben:.....

**Von einer Teilnahme an der problemspezifischen Hypoglykämie-Angst-Bewältigungsgruppe verspreche ich mir:**

.....  
.....  
.....  
.....

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift