

Checkliste: Meine Nebenwirkungen



Kreuzen Sie jede Nebenwirkung an, die Sie nach Einnahme der Medikamente bei sich bemerken. Unter „anderes“ können Nebenwirkungen notieren, die nicht in der Liste aufgeführt sind.

Unter den Abschnitten „Kommentare oder Fragen“ können Sie alles notieren, was Sie außerdem mit Ihrem Arzt oder Psychotherapeuten besprechen möchten. **Wenn Sie mögen, können sie diese Liste Ihrem Arzt oder Psychotherapeuten zeigen.**

Stimmung

<input type="checkbox"/>	ängstlich
<input type="checkbox"/>	stumpf / flach/„mir egal“
<input type="checkbox"/>	niedergeschlagen
<input type="checkbox"/>	„Hochs und Tiefs“
<input type="checkbox"/>	ärgerlich/ wütend
<input type="checkbox"/>	gereizt / leicht aufzuregen
<input type="checkbox"/>	besorgt/ängstlich
<input type="checkbox"/>	misstrauisch
<input type="checkbox"/>	glücklich
<input type="checkbox"/>	gelassen
<input type="checkbox"/>	zufrieden
<input type="checkbox"/>	anderes

Kommentare oder Fragen: _____

Schlaf

<input type="checkbox"/>	tagsüber oft sehr schläfrig
<input type="checkbox"/>	quälende Albträume
<input type="checkbox"/>	Schwierigkeiten, einzuschlafen bzw. durchzuschlafen
<input type="checkbox"/>	Schwierigkeiten, morgens aus dem Bett zu kommen
<input type="checkbox"/>	Mein Schlaf ist genau richtig.
<input type="checkbox"/>	anderes

Kommentare oder Fragen: _____

Energie und Motivation

<input type="checkbox"/>	keine Lust, mich zu bewegen oder etwas zu tun
<input type="checkbox"/>	ein betäubtes bzw. „zombie-ähnliches“ Gefühl
<input type="checkbox"/>	ruhelos, hin und her laufen, Schwierigkeiten, still zu sitzen
<input type="checkbox"/>	jede Menge Energie/ zu viel Energie
<input type="checkbox"/>	genau die richtige Menge an Energie
<input type="checkbox"/>	anderes

Kommentare oder Fragen: _____

Gedächtnis und Konzentration

<input type="checkbox"/>	„durch den Wind“ / kann nicht klar denken
<input type="checkbox"/>	Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren oder bei der Sache zu bleiben
<input type="checkbox"/>	Schwierigkeiten, meine Gedanken zu sortieren
<input type="checkbox"/>	Ich vergesse häufig wichtige Dinge.
<input type="checkbox"/>	klar und deutlich im Denken
<input type="checkbox"/>	anderes:

Kommentare oder Fragen: _____

Essen und Ernährung

<input type="checkbox"/>	kein Interesse an Essen
<input type="checkbox"/>	häufige Blähungen oder Sodbrennen
<input type="checkbox"/>	Gewichtsveränderungen
<input type="checkbox"/>	mehr als üblich essen
<input type="checkbox"/>	gesunder Appetit
<input type="checkbox"/>	anderes

Kommentare oder Fragen: _____

Sexualität

<input type="checkbox"/>	verändertes Interesse an Sex
<input type="checkbox"/>	Verlust von angenehmen Gefühlen beim Sex
<input type="checkbox"/>	Veränderungen der sexuellen Leistungsfähigkeit (z.B. bei Männern Erektionsprobleme)
<input type="checkbox"/>	anderes

Kommentare oder Fragen: _____

Körper

<input type="checkbox"/>	verschwommene Sicht/ Schwierigkeiten, Dinge zu lesen
<input type="checkbox"/>	viel oder häufiges Schwitzen
<input type="checkbox"/>	Schwindel
<input type="checkbox"/>	Verstopfung
<input type="checkbox"/>	starker Speichelfluss
<input type="checkbox"/>	Durchfall
<input type="checkbox"/>	trockener Mund
<input type="checkbox"/>	Probleme beim Wasserlassen
<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/>	Änderungen im Menstruationszyklus (bei Frauen)
<input type="checkbox"/>	Übelkeit
<input type="checkbox"/>	anderes

Kommentare oder Fragen: _____

Muskeln

<input type="checkbox"/>	Muskeln fühlen sich verspannt oder steif an
<input type="checkbox"/>	nicht still sitzen können - das Bedürfnis „aus der Haut zu fahren“
<input type="checkbox"/>	Muskeln zucken oder zittern
<input type="checkbox"/>	häufige Muskelkrämpfe
<input type="checkbox"/>	ruhelos oder nervös
<input type="checkbox"/>	anderes

Kommentare oder Fragen: _____

Quelle:

SAMHSA (2011). *What is Right for Me? Considering the role of antipsychotic medications in my recovery plan* [Electronic Decision Aid] (HHS Pub No. SMA-XX-XXXX).

Stand: Februar 2024