

MBPI-K

Bitte lesen Sie sich jede Aussage sorgfältig durch und schätzen Sie ein, inwiefern diese auf Sie zutrifft. Kreuzen Sie dazu den entsprechenden Wert auf der Skala von "gar nicht oder sehr selten" bis "sehr oft" an

	Gar nicht	Selten	Gelegentlich	Oft	Sehr oft
1. Ich vermeide es, dabei zuzuschauen, wie andere Spritzen bekommen.	0	1	2	3	4
2. Ich bin besorgt darüber, dass ich das Blut anderer sehen könnte.	0	1	2	3	4
3. Ich habe Angst davor, Spritzen zu bekommen.	0	1	2	3	4
4. Ich vermeide es, ins Krankenhaus zu gehen.	0	1	2	3	4
5. Ich werde ohnmächtig, wenn ich sehe, wie andere sich verletzen.	0	1	2	3	4
6. Ich finde es Ekel erregend, wenn ich das Blut anderer sehe.	0	1	2	3	4
7. Ich bin besorgt darüber, dass ich ins Krankenhaus kommen könnte.	0	1	2	3	4
8. Ich werde ohnmächtig, wenn ich das Blut anderer sehe.	0	1	2	3	4
9. Ich werde ohnmächtig, wenn ich Spritzen bekomme.	0	1	2	3	4
10. Ich finde es Ekel erregend, wenn ich in einem Krankenhaus bin.	0	1	2	3	4
11. Ich habe Angst vor dem Anblick des Blutes anderer.	0	1	2	3	4
12. Ich bin besorgt darüber, dass ich andere im Krankenhaus besuchen müsste.	0	1	2	3	4
13. Ich vermeide es, das Blut anderer anzusehen.	0	1	2	3	4
14. Ich finde es Ekel erregend wenn ich sehe, wie andere Spritzen bekommen.	0	1	2	3	4
15. Ich werde ohnmächtig, wenn ich mein eigenes Blut sehe.	0	1	2	3	4
16. Ich habe Angst davor, ins Krankenhaus zu gehen.	0	1	2	3	4
17. Ich bin besorgt darüber, dass ich Spritzen bekommen könnte.	0	1	2	3	4
18. Ich habe Angst davor, zu sehen, wie andere Spritzen bekommen.	0	1	2	3	4
19. Ich werde ohnmächtig, wenn ich mich verletzt habe.	0	1	2	3	4
20. Ich vermeide es, mein eigenes Blut anzuschauen.	0	1	2	3	4
