



nur für Bürozwecke

Code Institution

Code Klient(in) / Patient(in)

Code Therapeut(in) weitere Codes

Datum

T T M M J J J J

Alter

Phase

Sc Screening
 Ü Überweisung
 E Eingangsdiagnostik
 P Prä Therapie (nicht spezifiziert)
 Si 1. Sitzung
 W Während der Therapie
 L Letzte Therapiesitzung
 X Follow up 1
 Y Follow up 2

M
 W
 Andere

Phase

Anzahl bisheriger Behandlungen

WICHTIG – BITTE ZUERST LESEN

Dieser Fragebogen umfasst 10 Aussagen dazu, wie es Ihnen IN DER LETZTEN WOCHE ergangen ist. Bitte lesen Sie jede Aussage und überlegen Sie, wie oft Sie sich in der letzten Woche so gefühlt haben. Kreuzen Sie dann das Kästchen an, das am ehesten auf Sie zutrifft. Bitte benutzen Sie einen Kugelschreiber (keinen Bleistift) und kreuzen Sie deutlich eines der Kästchen an.

Während der letzten Woche...

	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft	meistens oder immer
1 ...habe ich mich angespannt, unruhig oder nervös gefühlt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 ...hatte ich das Gefühl, dass jemand da ist, an den ich mich wenden kann, wenn ich Unterstützung brauche.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3 ...hatte ich das Gefühl, mit Schwierigkeiten umgehen zu können.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4 ...war es mir zu viel, mit anderen zu reden.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5 ...habe ich Panik und Schrecken empfunden.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 ...habe ich geplant, mein Leben zu beenden.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7 ...hatte ich Schwierigkeiten, einzuschlafen oder durchzuschlafen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 ...habe ich mich verzweifelt oder hoffnungslos gefühlt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9 ...habe ich mich unglücklich gefühlt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10 ...haben mich ungewollte Bilder und Erinnerungen gestört.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

GESAMTWERT (KLINISCHER SCORE)*

* Durchführung: Die Item-Scores zusammenzählen. Um den Mittelwert zu erhalten, anschließend die Summe durch die Anzahl an ausgefüllten Items teilen. Zur Berechnung des klinischen Scores den Mittelwert mit zehn multiplizieren. Wenn weniger als neun Items bearbeitet wurden, sollte der Score nur sehr vorsichtig verwendet werden.

VIELEN DANK !