

CORE-SFB

**nur für Büro Zwecke**

Code Klient(in) / Patient(in)

Code Therapeut(in) weitere Codes

Datum

T T M M J J J J

Code Institution

**Phase**

Si 1. Sitzung

W Während der Therapie

L Letzte Therapiesitzung

Sitzungsnummer (erste Therapiesitzung = 001)

**WICHTIG – BITTE ZUERST LESEN**

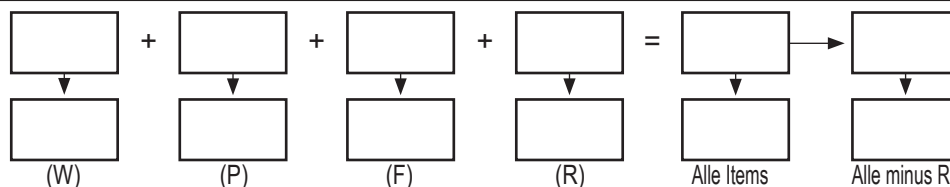
Dieser Fragebogen umfasst 18 Aussagen dazu, wie es Ihnen IN DER LETZTEN WOCHE ergangen ist. Bitte lesen Sie jede Aussage und überlegen Sie, wie oft Sie sich in der letzten Woche so gefühlt haben. Kreuzen Sie dann das Kästchen an, das am ehesten auf Sie zutrifft. Bitte benutzen Sie einen Kugelschreiber (keinen Bleistift) und kreuzen Sie deutlich eines der Kästchen an.

**Während der letzten Woche...**

	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft	meistens oder immer	Bei der Auswertung auszufüllen
1 ...habe ich mich schrecklich allein und isoliert gefühlt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
2 ...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	P
3 ...war ich zuversichtlich im Hinblick auf meine Zukunft.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	W
4 ...habe ich mich völlig energielos gefühlt und konnte mich für nichts begeistern.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
5 ...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	R
6 ...hatte ich Beschwerden, Schmerzen oder andere körperliche Probleme.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
7 ...war ich zufrieden mit den Dingen, die ich getan habe.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
8 ...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	F
9 ...war ich zufrieden mit mir.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	W
10 ...haben mich Anspannung und Angst davon abgehalten, wichtige Dinge zu tun.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
11 ...war ich durch unerwünschte Gedanken und Gefühle beunruhigt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
12 ...habe ich mich von meinen Problemen überwältigt gefühlt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	W
13 ...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	F
14 ...war mir zum Weinen zumute.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	W
15 ...habe ich jemanden bedroht oder eingeschüchtert.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R
16 ...war ich in der Lage, die meisten Dinge zu erledigen.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
17 ...dachte ich, dass ich keine Freunde habe.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
18 ...habe ich gedacht, dass ich an meinen Problemen und Schwierigkeiten selbst schuld bin.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P

**VIELEN DANK !**

**Gesamtwerte**



**Mittelwerte**

(Gesamtwerte dividiert durch die Anzahl der in dieser Dimension beantworteten Items)